



Universidad
Francisco de Vitoria
UFV Madrid

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
BIOTECNOLOGÍA, MEDICINA Y CC DE LA SALUD**

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA

TESIS DOCTORAL

Consenso Iberoamericano sobre competencias comunicacionales (CCC) para estudiantes de Grado en Enfermería

Autor:

ANA M^a PÉREZ MARTÍN.

Directores:

Dr. Fernando Caballero Martínez.

Dra. Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid.

Pozuelo de Alarcón (Madrid). Enero 2022.

*"La esperanza de un mundo mejor radica en la creencia
de ver en el horizonte la llegada de un hombre nuevo,
un hombre que ama la ciencia y la hace más humana,
que cultiva la técnica sin olvidar lo más importante,
la trascendencia espiritual de la persona a la que mira"*

R Guardini

Agradecimientos

DEDICATORIA

A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado un corazón sereno para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi marido, mis hijos y mis nietos, por estar siempre a mi lado, por ser el motivo de mi superación, porque su presencia me recuerda cada mañana que nace un nuevo día en mi vida.

A mis padres, de ellos he aprendido el valor del esfuerzo, la perseverancia, la honestidad.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que han colaborado en el estudio.

A mis compañeros de trabajo por su apoyo en los momentos difíciles. Especialmente a Gema y Almudena, su motivación y ayuda me ha hecho seguir caminando.

A la universidad, por creer y confiar en mí.

A mis directores de tesis, Fernando y Mercedes, sus conocimientos, empeño, esfuerzo y apoyo ha hecho posible que yo pudiera culminar este proyecto.

Índice

Índice:

Capítulo 1: Introducción y Marco Teórico	31
1.1. Evolución de la Enfermería y del concepto cuidado. Como se entendía entonces y como se entiende ahora.....	33
1.1.1. Recorrido histórico.....	33
1.1.2. Evolución de los modelos enfermeros en la práctica clínica	37
1.1.3. La comunicación y relación interpersonal en los distintos roles de la enfermera.....	45
1.2. La atención de enfermería centrada en la persona	47
1.3. La comunicación como elemento clave en los cuidados integrales de enfermería.	51
1.3.1. La comunicación y los principios de la profesión enfermera	58
1.3.2. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)	62
1.3.3. El código ético y deontológico de la enfermería europea ..	65
1.3.4. Código Deontológico de la Enfermería Española	69
1.4. Referentes para las competencias de comunicación y relación interpersonal en Enfermería.....	73
1.4.1. Referentes profesionales internacionales.....	73
1.4.2. Referentes profesionales nacionales	80
1.4.3. Referentes para estudiantes de Grado en Enfermería en competencias comunicativas.....	83
1.5. Aclaraciones sobre el formato pedagógico de las competencias comunicacionales.....	87

Capítulo 2: Justificación	91
JUSTIFICACIÓN	93
Capítulo 3: Hipótesis	95
HIPÓTESIS.....	97
Capítulo 4: Objetivos	99
4.1. Objetivo general.....	101
4.2. Objetivos específicos	101
Capítulo 5: Material y Métodos	103
5.1. Diseño metodológico.....	105
5.2. Participantes	107
5.3. Fase preliminar: Discusión del Marco Conceptual previo	107
5.4. Procedimiento de Consenso Experto.....	109
5.4.1. Fase I: Creación del Grupo Impulsor, selección del Comité Científico y selección del Panel de Expertos	110
5.4.2. Fase II. Método Delphi (variante REMODE).....	113
5.5. Análisis estadístico y criterios de consenso	115
Capítulo 6: Resultados.....	119
6.1. Composición del panel y resultados globales del consenso alcanzado.....	121
6.1.1. Resultados globales del consenso alcanzado.....	129
6.2. Diferencias en el grado de apoyo experto de los distintos ítems, de acuerdo con las puntuaciones medias otorgadas por el panel. .	130
6.3. Propuesta de un core curriculum de objetivos de aprendizaje prioritarios sobre comunicación para el grado en enfermería.....	135

6.4. Análisis de las diferencias de criterio entre los expertos españoles y latinoamericanos/Portugal sobre los resultados de aprendizaje comunicacionales propuestos.....	139
Capítulo 7: Discusión	169
7.1. Relación interpersonal y la comunicación enfermera - paciente (modelos de enfermería).....	171
7.2. Recomendaciones sobre formación comunicacional en la formación de los estudiantes de Grado de Enfermería.....	172
7.3. Sobre la recogida de información, los expertos participantes y la metodología del estudio	177
7.4. Sobre las diferencias de apoyo apreciadas a los distintos objetivos de aprendizaje.....	181
7.5. Grado de acuerdo entre los expertos de habla hispana y portuguesa, sobre los objetivos de aprendizaje comunicacionales propuestos.....	184
7.6. Posibles líneas futuras de investigación.....	185
7.7. Algunas limitaciones del estudio	186
Capítulo 8: Conclusiones	187
CONCLUSIONES	189
Capítulo 9: Bibliografía	191
Capítulo 10: Anexos.....	211
10.1. Anexo 1: Resultados del acuerdo obtenido por parte de los expertos de España, Portugal y Latinoamérica	213
10.2. Anexo 2: Resultados del acuerdo obtenido por parte de los expertos de España.....	242

10.3. Anexo 3: Resultados del acuerdo obtenido por parte de los expertos de Portugal y Latinoamérica..... 275

Índice de Tablas

Tabla 1. Significado de ejercer una atención centrada en la persona. Adaptado de Caballero, F. (2011).	51
Tabla 2. Efecto de las Conductas relacionadas sobre resultados de salud. Reproducida de Ruiz Moral R, 2004.	55
Tabla 3. Diferencias entre ética profesional y deontología (Unión Profesional, 2009) ⁵⁸	62
Tabla 4. Núcleo central de competencias comunicacionales para enfermería (resultados de aprendizaje que alcanzaron el mayor grado de acuerdo)	138
Tabla 5. Análisis de las diferencias de puntuación otorgadas entre el panel experto español y el latinoamericano a los OA propuestos (resultados y significación de la prueba t de Student para la comparación de medias).	152

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Marco de competencias enfermeras del CIE. ⁶⁵	75
Ilustración 2. Proceso Enseñanza-Aprendizaje. (Gómez del Pulgar, 2014) ⁹⁵	89
Ilustración 3. Dirección ideal del pensamiento según la Taxonomía de Bloom ⁹⁶	90
Ilustración 4. Esquema de desarrollo del método de consenso “Delphi Remode”	106
Ilustración 5. N° de expertos participantes en las distintas fases.	107
Ilustración 6. Esquema de los componentes que se han considerado para la elaboración y agrupación del listado de competencias comunicacionales ⁹⁰	109
Ilustración 7. Esquema metodológico del CCC Grado en Enfermería. Elaboración propia.....	110

Ilustración 8. Escala valorativa ordinal tipo Likert de nueve puntos (según formato desarrollado en UCLA-Rand Corporation para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria).....	115
Ilustración 9. Web cuestionario electrónico (ejemplo de la escala valorativa ordinal tipo Likert con apartado para aportaciones libres).	116

Índice de figuras:

Figura 1. Composición del panel experto (n=70).....	121
Figura 2. Respuesta de la encuestas, Latinoamérica y países de la Unión Europea	122
Figura 3. Respuesta del consenso de Enfermería en América-Latina....	123
Figura 4. Respuesta del consenso de Enfermería por Comunidades Autónomas de España.....	124
Figura 5. Perfil académico de los expertos	125
Figura 6. Puesto de trabajo que desempeña el experto	126
Figura 7. Tipo de sector en el que desempeña su trabajo	126
Figura 8. Género	127
Figura 9. Experiencia laboral de los expertos.	127
Figura 10. Experiencia docente de los expertos.....	128
Figura 11. Producción científica de los expertos.....	129
Figura 12. Puntuación media (e intervalo de confianza al 95%) otorgada por el panel a cada ítem.....	131
Figura 13. Distribución del posicionamiento de los expertos en el ítem nº 32 con menor puntuación media del panel. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).	132
Figura 14. Distribución del posicionamiento de los expertos en el ítem nº33 con menor puntuación media del panel. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).	133
Figura 15. Distribución del posicionamiento de los expertos en el ítem nº56 con menor puntuación media del panel. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).	133

Figura 16. Puntuación media otorgada por el panel a las agrupaciones de ítems que componen cada apartado temático del cuestionario. .	134
Figura 17. Distribución por áreas competenciales de los ítems que constituyen el núcleo central de OA comunicacionales para los estudios de Enfermería.....	139
Figura 18. Diferencias en la distribución del posicionamiento de los expertos en los ítems 24, en los que se observaron diferencias significativas en el panel español y extranjero. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).	163
Figura 19. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.1. "Aspectos generales de la Entrevista Clínica con pacientes" (Reconocer el valor de la entrevista clínica para la elaboración del plan de cuidados conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes.....	164
Figura 20. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. "Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes": A.2.1. "Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar)" (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente).....	164
Figura 21. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. "Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes": A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla: A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería).	165
Figura 22. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. "Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes": A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla: A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar e implementar el plan de cuidados).....	165
Figura 23. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. "Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes": A.2.3.	

Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto).	166
Figura 24. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque B.1. Contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en el cuidado al paciente y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste).	166
Figura 25. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque C.1. El enfermero como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y autocuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimineto, auto-reflexión, auto-crítica y auto-cuidado).	167
Figura 26. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional. (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este).	167
Figura 27. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse).	168
Figura 28. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir).	168

Resumen

Introducción:

La comunicación es la herramienta más valiosa para realizar un cuidado integral del paciente y una atención integral de la familia, por este motivo, la actividad profesional de enfermería abarca muchos ámbitos del cuidado. En todas ellas está implícita la comunicación, ya que perfecciona y facilita las relaciones en cualquier contexto. Estas actividades otorgan a la enfermera distintos roles: cuidadora, colaboradora, docente, consejera agente de cambio, líder e investigadora. El afecto, la atención, la empatía y, como consecuencia, la comunicación son tres pilares imprescindibles en el cuidado humanizado que los usuarios valoran como vitales en sus cuidados en cualquier ámbito sanitario.

Los cuidados centrados en la persona requieren un abordaje personalizado e integral, donde la vocación de ayuda responda al sufrimiento que provoca la enfermedad en todas y cada una de las dimensiones personales (biológica, mental, psicológica, familiar, social, laboral o espiritual), actuando de manera holística en el proceso salud-enfermedad y promoviendo activamente la salud en sentido positivo. De esta manera, se busca garantizar el acceso a la atención y que esta sea participativa, integrando las preferencias y los valores de los pacientes, así como que la experiencia en los servicios sanitarios a para ellos sea óptima, promoviendo un contexto de acogida, cuidado compasivo y aceptación.

El ejercicio profesional enfermero exige, además de desarrollar competencias técnicas, habilidades de pensamiento crítico y capacidad de análisis, contar con una alta sensibilidad para tratar a las personas que se encuentran en procesos de salud-enfermedad. Y para ello es fundamental desarrollar competencias de comunicación y relación interpersonal.

En respuesta a esta carencia, se plantea este proyecto de tesis doctoral, con el fin de establecer y consensuar el perfil de competencias de

comunicación e interpersonales, a nivel nacional e internacional, para los graduados en Enfermería de España y de otros países del contexto cultural latinoamericano. Parece importante resaltar que el alcanzar un consenso sobre las competencias comunicacionales y relaciones que los graduados en enfermería deberían alcanzar no presupone que las facultades de Enfermería participantes se comprometan a incorporar de forma literal y automática sus contenidos.

Hipótesis:

Es posible definir, a través del consenso de expertos académicos y profesionales de enfermería, un perfil de competencias comunicacionales (formuladas en formato de resultados de aprendizaje observables) que los estudiantes del grado en enfermería deberían adquirir durante sus estudios de grado para desarrollar un perfil de egresado que responda a las necesidades actuales de la sociedad respecto a la profesión.

Objetivo:

Definir un conjunto común de competencias comunicacionales para adquirir durante los estudios universitarios de Grado en Enfermería, asumible en España y en países del entorno sociocultural iberoamericano.

Método:

El estudio utiliza como metodología de consenso experto una adaptación en remoto de la técnica Delhi modificada. El procedimiento deliberativo se resuelve en dos interacciones electrónicas del panel, entre las que los panelistas reciben un feedback con un resumen del posicionamiento grupal del panel al inicio del proceso sobre los asuntos a debate, preservando la confidencialidad de sus opiniones.

En el inicio, el grupo impulsor del proyecto, formado por 5 expertos españoles en comunicación propuso a 7 asesores internacionales como comité científico del consenso. Posteriormente, se utilizó una técnica de

muestreo “en bola de nieve” (*snowball sample*) 99,100 de ámbito latinoamericano, para seleccionar los integrantes del panel internacional de expertos. Se invitaron inicialmente 160 enfermeros expertos en comunicación clínica procedentes de 14 países (España, Portugal, Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay), de los que 80 aceptaron participar y completaron el proceso de consenso.

Mediante una escala ordinal única de tipo Likert de 9 niveles se procedió a la valoración de los ítems por parte de los expertos. Esto se llevó a cabo según el formato desarrollado en “UCLA-Rand Corporation” para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria.^{111,112}. Las opciones de respuesta en esta escala se categorizan en tres regiones de opinión (1-3= “desacuerdo”; 4-6= “ni acuerdo, ni desacuerdo”; 7-9= “acuerdo”).

Resultados:

El panel participante en este consenso fue de procedencia internacional (n=70), compuesto por algo más de la mitad de los expertos españoles (38) y el resto (32) procedentes de distintos países del ámbito geográfico latinoamericano y Portugal.

El panel, globalmente considerado (España, Portugal y Latinoamérica), alcanzó un acuerdo suficiente en la primera ronda de encuesta, según los criterios de consenso preestablecidos, respecto a los 68 objetivos de aprendizaje propuestos para evaluación por el Comité Científico.

Dado el alto y suficiente nivel de consenso alcanzado en la primera ronda, el Comité Científico consideró metodológicamente innecesario realizar una segunda ronda de encuesta, para la que no habrían quedado cuestiones pendientes de matizar o dirimir.

Conclusiones:

1. El estudio establece un listado de 68 resultados de aprendizaje en comunicación clínica específicos para el Grado en Enfermería,

desarrollados y consensuados por un amplio panel experto de ámbito iberoamericano, mediante un proceso metodológico riguroso. Las conclusiones se alcanzaron con amplio respaldo y sin controversia experta significativa.

2. El proyecto concluye con la selección y propuesta de un subgrupo de 17 resultados de aprendizaje que presentan un grado de acuerdo especialmente alto en el contexto estudiado, lo que permite considerarlos como un núcleo básico y prioritario (un core-curriculum) de resultados de aprendizaje centrales en los que poner el énfasis a la hora de desarrollar los currículos formativos en materia de comunicación clínica para los estudios de Enfermería.
3. No se aprecian diferencias sustanciales de criterio entre los expertos de Latinoamérica/Portugal y de España, sobre las competencias comunicacionales aptas para el Grado en Enfermería.

Abstract

Introduction:

An infirmary focused on the person promotes personalised and comprehensive care of each patient in response to the suffering caused by the illness, be it biological, mental, psychological, social, family or work-related, or spiritual suffering. Care across such a broad spectrum requires a holistic approach to the health-disease process, in which health, prevention, healing, rehabilitation and/or palliative care are all integrated.

This approach aims to optimise the patient experience in health services, offering accessible and participatory care, in which the patient's values and preferences are integrated into a framework of accommodation and acceptance, and compassionate care. In order to guarantee a professional nursing practice like the one described, it is necessary to develop, in addition to technical competencies, analytical skills and critical thinking, solid communication skills and interpersonal relationships.

Communication competence is a key tool for nursing, essential to the different roles of the profession (caregiver, collaborator, teacher, educator, counsellor, change agent, health leader and researcher), as well as a pillar of the humanisation of care.

Through expert consensus, this doctoral thesis aims to establish the profile of communication and interpersonal competencies for nursing graduates in Spain and Latin American countries.

Hypothesis:

Through academic expert and nursing professional consensus carried out online, it is possible to define a profile of communication competencies (in the form of observable learning outcomes) that nursing degree students should acquire during their undergraduate studies. This would be done in order to shape a profile of graduate that responds to the current needs of society, in relation to the nursing profession.

Objective:

Define a common and core set of communication competencies to be acquired during undergraduate nursing studies, both in Spain and in countries of the socio-cultural Ibero-American environment.

Method:

The study uses the *Remote Modified Delph (REMOTE)* as a structured technique to reach an online professional consensus about its objectives. The method is a technical adaptation of the original Delphi process (online surveys, with an indeterminate number of rounds) and its main variant, the modified Delphi method (with two rounds of surveys between which a face-to-face discussion session is carried out). In contrast to the latter, REMOTE proposes the use of only two rounds of surveys, incorporating the face-to-face session through an anonymous electronic communication channel.

In the beginning, the project's lead group, made up of 5 Spanish communication experts, selected a scientific committee of 7 international experts from 14 countries (Spain, Portugal, Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay and Uruguay). From there, and using a snowball sampling technique, the components of the international panel were selected, tentatively including 160 experts from the above-mentioned countries, 80 of whom agreed to participate. 70 of them completed their participation within the established deadlines.

The scientific committee proposed to the expert panel the evaluation of a set of 68 possible communication learning outcomes (items) suitable for the nursing degree, coming from a review study and previous analysis of the scientific committee.

The panellists' evaluation of the items was carried out by means of a Likert-type ordinal scale with 9 levels. Response categories on this scale are described by semantic descriptors in three regions (1-3 = 'disagreement'; 4-6 = 'neither in agreement nor disagreement'; 7-9 = 'agreement').

The degree of consensus reached for each consensus item was quantified and established using the UCLA Appropriateness Method for the evaluation method of the appropriate use of health technology (according to the median group score and distribution of votes in the different regions of the scale).

Results:

The panel participating in this consensus was of international origin (n = 70), just over half of which were Spanish experts (38) and the rest (32) from different Latin American countries and Portugal.

The 'global' panel (consisting of experts from Spain, Portugal and Latin America), reached a sufficient agreement in the first round of the survey, according to pre-established consensus criteria, with respect to the 68 learning objectives proposed for evaluation by the scientific committee. A second survey round was not required to approximate the indeterminate or divergent positions in the group.

Of all of them, according to the average group score reached for each item, a group of 17 competencies could be selected that was most endorsed by the panel (whose average score was placed in the upper quartile of the distribution of means). These learning outcomes can be considered a priority for the experts consulted, producing a 'core competency' of special interest for nursing schools.

Conclusions:

- The final result of the consensus process establishes a list of 68 learning outcomes in clinical communication adapted to the undergraduate nursing studies in Ibero-American countries, developed and agreed upon with the participation of an international group of experts who are widely recognised in their respective reference fields.
- The results achieved also allow for the selection and proposal of a subgroup of 17 learning outcomes that showed a particularly high degree

of group agreement, which allows them to be considered as both central to and a priority (a core-curriculum) for learning.

- There are no substantial differences of opinion between experts from Latin America/Portugal and Spain in relation to the communication competencies that are suitable for the nursing degree.

Capítulo 1: Introducción y Marco Teórico

1.1. Evolución de la Enfermería y del concepto cuidado. Como se entendía entonces y como se entiende ahora.

No es propósito de esta tesis analizar y profundizar en la historia de la enfermería, pero si es importante, para sus fines, conocer la evolución de los cuidados prestados a la sociedad a través de las diferentes etapas históricas.

1.1.1. Recorrido histórico

Distintos contextos históricos han ido modificando la evolución, la comprensión y alcance de los cuidados enfermeros.

En los orígenes de nuestra historia profesional, la primera escuela de enfermería abierta en la India en el 250 a C, sólo los hombres eran considerados suficientemente puros como para formar parte de dicha escuela.¹

En la Edad Media se vinculó el cristianismo a los cuidados enfermeros y con la reconquista de Santos Lugares aparecieron tres figuras emblemáticas: el guerrero, el religioso y el enfermero.

Así se originaron distintas Ordenes Militares que se dedicaban a la enfermería: los Caballeros Teutónicos, los Caballeros de la orden de San Lázaro de Jerusalén y los Caballeros de la Orden de San Juan de Jerusalén².

En la Edad Moderna, la falta de reglamento en los cuidados de enfermería favoreció la aparición de otros cuidadores específicos, como nodrizas, parteras y comadronas.

Entre 1500 y 1860 se perdió parte de la esencia profesional enfermera, ya que se consideraba una asistencia al enfermo de tipo religioso y no una profesión.

En cualquier caso, el cuidado a los enfermos es una acción de protección y supervivencia inherente al ser humano,

probablemente desde sus orígenes, como acto instintivo y consecuencia del amor al hombre. Este cuidado en comunidad responde a las múltiples necesidades del ser humano, ya sean de naturaleza psicológica, física, social o espiritual.

En la Edad Contemporánea, la figura de Florence Nightingale inaugura la concepción profesional de la de enfermería, como la ciencia del cuidado del ser humano. Pionera de la enfermería profesional moderna escribió dos artículos para el Quain's dictionary of medicine: "Formación de las enfermeras" y "Cómo cuidar al enfermo"³, donde propuso: *"la observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo y que la formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar"*

Cabe mencionar que, desde la antigüedad, y antes de Florence Nightingale, los denominados actualmente Cuidados de Enfermería, se contextualizaban en el hogar y recaían principalmente sobre mujeres, si bien en ocasiones se podían relacionar a otras personas que prestaban atención a niños, ancianos y pobres, considerándose una forma de ejercer la caridad; esta práctica formaba parte más de una dimensión moral que intelectual y se desempeñaba sin remuneración alguna.

Durante el siglo XVIII tuvo un papel importante en estos aspectos la influencia ejercida en España por la Beneficencia llevada a cabo por las órdenes religiosas y benefactoras privadas, siendo también estas órdenes religiosas durante la edad media y hasta el siglo XIX en quienes recaían básicamente la prestación de los cuidados de Enfermería.

En esta época se asociaban los cuidados a tareas típicamente femeninas. Las nodrizas que las encontrábamos en hogares y hospitales y cuyo trabajo ya era remunerado; las comadronas o

parteras, dedicadas al cuidado de las mujeres; y las sanadoras, que aplicaban técnicas curativas utilizando plantas medicinales.

Otro grupo vinculado al cuidado, formado principalmente por hombres, eran los llamados **prácticos**. Encontramos aquí a **barberos, sangradores y flebotomianos**, denominados a principios del siglo XIX, —cirujanos ministrantes y a finales de ese mismo siglo —practicantes⁴

Importante aportación al mundo de los cuidados ha tenido y siguen teniendo las órdenes religiosas, puente entre la caridad asistencial y la enfermería profesional, entre ellas destacamos por su labor con enfermos, pobres, ancianos, inválidos y marginados a:

- ❖ La Orden de San Juan de Dios, dedicada al cuidado de los pobres y enfermos, que comenzó su andadura en el siglo XVI y que era capaz de despertar en sus semejantes, como señala el Hermano Julian Sanchez Bravo O.H. superior provincial de la Bética "el bienhechor que todos llevamos dentro". Esta orden que nació del corazón de un pobre al que le marco la experiencia de su vida y culminó consagrando está a Dios a través de la creación de hospitales donde acoger a los necesitados pobres y enfermos.

En los primeros tiempos se mantenían gracias a la caridad ya que en un principio era una orden mendicante, que no se convirtió en orden religiosa hasta finales del siglo XVI. Con el tiempo se extiende por todo el mundo llegando a alcanzar gran notoriedad en el cuidado de los enfermos y sigue presente en nuestros días⁵.

Como señala la Dra. Francisca J. Hernández Martín, profesora titular de universidad y directora de la tesis realizada por Francisco Ventosa, San Juan de Dios realizó e impulso el ejercicio del cuidado como una actividad que se sustenta en valores y exige valores y valor, y que cinco siglos después, habiéndose sabido adaptar a las

exigencias del momento histórico sigue vigente y da fundamento a la enfermería actual⁶.

- ❖ Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana fundada en 1804 por M. María Rafols Bruna, Carmelitas de la Caridad fundada en 1826 por Joaquina de Vedruna. Carmelitas Misioneras Teresianas fundadas por Francisco Palau en 1860. Franciscanas hijas de la Misericordia fundada en 1856 por Gabriel Mariano y Concepción Rivas de Pina. Siervas de María ministras de los Enfermos fundadas por Santa Soledad Torres Acosta, en Madrid en 1851. Y otro gran número de instituciones tanto religiosas como laicas que están presentes a finales del XIX y principios del XX⁷.
- ❖ La Cruz Roja en España tiene su origen en el filántropo Jean Henry Dunant (1828), que en su juventud visitaba y atendía a huérfanos, pobres, presos y enfermos, y quien en 1863 fundó la Cruz Roja en Ginebra. Pero es en 1864 cuando a través de un Real Decreto de Isabel II se forma la Cruz Roja en España. Posteriormente Dunant piensa en formar un cuerpo de enfermeras y se funda la primera escuela de enfermería en Madrid y en 1915 se inaugura el primer curso⁸.

El apoyo de las Damas de la Cruz Roja en los inicios del siglo XX, en los que la asistencia sanitaria era precaria y la dependía básicamente de instituciones benéficas, tanto privadas como llevadas a cabo por órdenes religiosas que se dedicaban al cuidado de los enfermos, (como las Hijas de la Caridad o las Siervas de María) constituyó un elemento de apoyo al cuidado de los enfermos.

Como señala Hernández Martín, Francisca J. en la aportación que realizó en el centenario del Reconocimiento Oficial de la Enfermería en España "*La presencia de la Iglesia en el mundo sanitario moderno no se deberá entender como una simple función de suplencia de la sociedad civil, sino referencia para la*

enfermería moderna si quiere integrar en sí los valores de su identidad inicial y ofrecer un cuidado de calidad donde los aspectos humanos, éticos y espirituales sean punto de referencia para la excelencia profesional"

No podemos olvidar la labor de Concepción Arenal, nombrada secretaria General de la Cruz Roja de la sección de Señoras en 1871, momento en que denunció la situación de los marginados a nivel social y lo hizo mediante los escritos que aportaba en la revista *La Voz de la Caridad*, durante el tiempo que ejercía como cuidadora en conflictos bélicos. Fue a lo largo de la 3ª Guerra Carlista (1873-1875) cuando dirigió el hospital de sangre de Miranda de Ebro y Cenicero. Sin olvidar la importancia que el entorno y la calidad del Sistema Sanitario tenía para los enfermos, ya fueran heridos de guerra o enfermos, (distinción que se realizaba en los hospitales y por la que ella trabajaba para que no se olvidaran de este último) su gran preocupación eran los determinantes socioeconómicos de enfermedades (pobreza, ignorancia, exclusión social, etc.). Teórica y humanista, se convirtió en la figura clave de los conceptos básicos de la enfermería moderna⁹.

1.1.2. Evolución de los modelos enfermeros en la práctica clínica

A continuación se analizan los diferentes modelos enfermeros desde la perspectiva de Hernández Conesa que define la historia de la enfermería como "*La búsqueda, interpretación y exposición del pasado de la enfermería con la finalidad de entender adecuadamente el presente de esta profesión y para que el colectivo que la integra afronte el futuro con una formación humanística*"¹⁰, lo que nos permitirá analizar la evolución de la manera de entender el proceso del cuidado y el papel de la enfermera en él, relacionado con la evolución del metaparadigma enfermero, y la relación entre la visión científica y humanística inherentes a la manera de entender a la persona.

La aplicación del método científico al proceso de atención de enfermería supone la consideración de la enfermería dentro de las Ciencias de la Salud con el objetivo de facilitar a las personas un mejor nivel de bienestar. Siendo en los años 50 y 60 cuando empieza a surgir la enfermería como disciplina científica y a desarrollarse modelos y teorías que tratan de definir el papel de la enfermera, como proveedora de cuidados profesionales, dentro del proceso de salud-enfermedad.

Relevantes figuras teóricas de la enfermería han propuesto, a través de esos modelos, su visión de los conceptos principales de persona, entorno, salud y cuidado que sirven para conceptualizar su visión de la enfermería.

A continuación, se presenta un breve recorrido por las principales teorías y modelos, definidas a lo largo de la historia reciente por las principales teóricas, y sus visiones del papel de la enfermera desde la perspectiva del concepto de cuidado y el de la persona receptora del mismo¹¹:

Para **ROGERS**, la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno, ya que el objetivo principal de la enfermería es ayudar a los individuos para que estos, alcancen su máximo potencial de salud.

Afirma que "Durante mis primeros años de profesión, solía formularme la pregunta: ¿cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona? ahora formulo la pregunta de la siguiente manera: ¿cómo puedo establecer una relación que esta persona pueda utilizar para su propio crecimiento personal?".

PARSE, partiendo de la teoría de los seres unitarios defendida por Martha Rogers y los principios del pensamiento fenomenológico, sostiene que la persona es un todo en constante cambio y define la enfermería como una ciencia única y básica, centrada en la experiencia humana vivida.

Destaca su concepto de “lenguaje” que considera está relacionado con la forma en que los seres humanos simbolizan y expresan las realidades que imaginan y su escala de valores. Expresa que las enfermeras en múltiples ocasiones participan con el enfermo de algunas verbalizaciones y deben ser capaces de indagar en el significado de las mismas. De esta manera y a través de la observación, de las experiencias vividas con el paciente y lo que va aprendiendo de ellas, ayudará a encontrar solución y crear nuevas experiencias humanas.

CALLISTA ROY, desarrolló su modelo de adaptación como consecuencia de su experiencia en el ámbito de la pediatría donde observó la capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad de adaptarse a cambios físicos y psicológicos. El modelo de adaptación de Roy fue publicado en 1968 y en 1970 en la Nursing Outlook, titulado: “Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing”. En 1976 publicó “Introduction to Nursing: And Adaptation Model”, posteriormente, en 1984 publicó nuevamente una versión revisada de su modelo¹².

Roy define la persona como un ser holístico y adaptable; un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoestima, la función del rol y la interdependencia.

DOROTHEA OREM, inspiró su modelo en las teorías de Nightingale, Peplau y Rogers. Describió su teoría como la teoría general del autocuidado. Dicha teoría se subdivide en otras tres subteorías relacionadas entre ellas:

1. La teoría del autocuidado
2. La teoría del déficit de autocuidado
3. La teoría de sistemas de enfermería en la que identifica tres sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensatorios, donde la enfermera sule al paciente.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensatorios, en la cual el profesional de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación, con el fin de ayudar al paciente para que sea capaz de autocuidarse.

VIRGINIA HENDERSON, describió tres niveles de relación enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como: sustituta, colaboradora y compañera del paciente. Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, siendo la 10ª "Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones"¹³.

Fue Ernestin Wiedenbach, alrededor del 1952, refiriéndose a las habilidades, quien señaló que "Las habilidades de comunicación reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a la persona con él relacionadas. Para transmitir un mensaje y obtener una respuesta determinada puede utilizar la comunicación verbal y no verbal, unidas o por separado".

LEININGUER, en su "teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales", en 1950 observa que los distintos factores culturales influían en la atención a los niños por parte del personal sanitario. Esta experiencia le hizo intensificar su estudio sobre las distintas culturas y relacionar la antropología con la práctica enfermera. En 1968, junto con la American Anthropological Association, creó el comité de Enfermería y Antropología¹⁴.

Para Leininguer la enfermería transcultural se centra en el estudio de las diferentes culturas, poniendo el objetivo de dicho estudio en los cuidados, expresión y creencias de la salud y la enfermedad y los distintos modelos de conducta.

Hoy día la enfermería transcultural es una de las áreas de trabajo más importantes en nuestra profesión dada multiculturalidad de todas las sociedades. Confirma con su teoría que "la enfermería transcultural se ha convertido en una de las áreas más relevantes y prometedoras de estudio, investigación y práctica formal porque la persona vivimos en un mundo transcultural". De esta manera creó la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales en enfermería, porque tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su configuración holística, estructura social, la trayectoria cultural y valores y el contexto del entorno (al que Leininguer se refiere como entorno físico, geofigura y sociocultural, las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales y profesionales)

HILDEGARD PEPLAU, planteó un cambio de paradigmas en la relación enfermera-paciente, conceptualizando al paciente como compañero en el proceso enfermero. Su teoría inductiva y basada en las observaciones de su trabajo clínico y su entorno¹⁵, establece 6 roles en las relaciones interpersonales:

- Rol de extraña
- Rol de suministradora de recursos
- Rol de educadora
- Rol de líder
- Rol de sustituta
- Rol de consejera

Peplau, en el V Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental en la conferencia sobre "Teorías para el ejercicio de la práctica psiquiátrica: desarrollo y futuro" propuso, contra los hábitos de los años 40 y 50 en el que la enfermera de psiquiatría tenía prohibido comunicarse con los pacientes, una nueva relación enfermera-

paciente, que ayudase a identificar problemas relacionados con las distintas patologías que se presentaban en los pacientes.

Como consecuencia de ello y dado el encargo que se le había encomendado en la formación de las enfermeras dirigió un estudio de relación enfermera-paciente en el que cada estudiante se podía reunir con un paciente una hora dos veces a la semana y a lo largo de un semestre académico. Este estudio no era un contenido curricular formal, si no un acontecimiento educativo que dio óptimos resultados de forma que a mediados de los 50, los programas de enfermería lo incluían en su recorrido curricular¹⁶.

Con el paso del tiempo, la evolución conceptual de la profesión enfermera ha entrado de forma implícita en los programas de estudio de enfermería. Ya en 1974, en el X Congreso Internacional de Enfermeras Católicas (Roma) (Boletín de las enfermeras españolas y de las ATS. Julio 1974.nº28) la **Dra. Dorothy Hall**, como consultora internacional de Enfermería de la OMS, en su conferencia sobre los equipos interdisciplinarios de cuidados sanitarios, destacó la importancia de que las enfermeras se formen en comunicación y dinámicas de grupos, ya que sin esta formación no es posible la integración de las mismas en los equipos interdisciplinarios¹⁷.

En este punto debe hacerse mención destacada a Jean Watson quien incorporó concepciones humanas en nuestra profesión. Todo lo que escribía estaba enfocado a la formación de los estudiantes de enfermería, proponiéndoles la base ontológica, ética y epistemológica para su praxis, sin olvidar las líneas de investigación.

En 1979 comenzó a escribir unos apuntes para clase y culminó estos escritos con la edición de un libro de enfermería: "The Philosophy

and Science of Caring". En el aporta un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y cuidado del paciente, cuidado que, según Watson, parecía limitado en su objetivo, en un momento determinado por el paradigma de la medicina y los modelos biomédicos tradicionales. La autora refiere el cuidado como *"La esencia de la práctica enfermera"*. *"El cuidado es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo"* es una interacción enfermera- paciente en la que se ven involucrados diferentes valores y compromisos en la acción de cuidar.

Watson, afirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación. Sostiene que la misión de la enfermera -su razón de ser- para la sociedad, comprende la ética y la escala de valores del cuidado, la curación y la salud. Watson reflexiona sobre las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez transmitidas por Carl Rogers, a quién incidentes acaecidos en su vida le había inducido a reflexionar sobre la conducta humana.

Sostiene la necesidad de un rescate del aspecto humano y espiritual de la profesión debido al riesgo de deshumanización en el cuidado asociado a la profunda reestructuración administrativa de los cuidados de salud a nivel mundial¹⁸.

Watson afirma que su trabajo se puede interpretar como una ética filosófica o visión del mundo, enmarcando su teoría en el "paradigma de la transformación".

Watson partió de los "11 factores curativos de Yalom" reformulándolos en 10 principios determinados por dos aspectos fundamentales para Watson, la obligación moral y la voluntad de cuidar a través de la comunicación transpersonal¹⁹. Estos principios son:

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: dirigido a ofrecer un cuidado holístico a cada paciente de forma individualizada.
2. Inculcación de la fe-esperanza: orientado a la satisfacción personal y al encuentro del sentido de uno mismo.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: se considera que cuando una enfermera/o reconoce su sensibilidad y acepta sus sentimientos se vuelve más genuino, auténtico y sensible hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza enfermera-paciente: una relación que fomenta la libre, tanto de los sentimientos positivos como de los negativos.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el personal sanitario debe estar preparado para recibir y acoger sentimientos, de todo tipo que el paciente pueda expresarles.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: El proceso enfermero es similar al proceso de investigación, en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: concepto que separa el cuidado de la curación. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza y aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes informados realicen su propio autocuidado, y sean capaces, así, de conocer las necesidades personales para su bienestar y crecimiento personal.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: todo personal sanitario debe conocer la influencia que tiene sobre el entorno externo e interno, sobre la salud y la enfermedad de los individuos. Los elementos relevantes del entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera debe reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de sí misma y del propio paciente.

En general, se deben intentar satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión.

Watson, insiste en que el cuidado es el núcleo y esencia de la profesión de enfermería, señalando en que la responsabilidad de enfermería va más allá de los 10 factores de cuidado.

Como conclusión de este repaso de la historia reciente del cuidado, podemos rescatar la visión de la historia de la enfermería de Ventosa Esquinaldo al afirmar que " la historia no es la ciencia del pasado, sino la ciencia de la vida, de la vida humana..." y que " la única manera de ser enfermero es vivir alerta cuestionando lo que se va a ser"²⁰

1.1.3. La comunicación y relación interpersonal en los distintos roles de la enfermera

La actividad profesional de la enfermería abarca muchos ámbitos del cuidado. En todas ellas está implícita la comunicación, ya que perfecciona y facilita las relaciones en cualquier contexto. Estas actividades otorgan la enfermera distintos roles²¹:

Cuidadora: prestando cuidados a los individuos, humanizando este cuidado desde la visión holística del ser humano, considerando su corporalidad, espiritualidad, situación social, intelectual y su emotividad, y asistiendo al individuo desde el respeto y el valor de la dignidad del ser humano.

Colaboradora: es un rol esencial para el adecuado desarrollo de nuestro trabajo, favoreciendo la relación enfermera-paciente y la relación con el resto de los miembros del equipo.

Docente: entendiendo al mejor docente como el que transmite lo que siente, lo que hace y por qué y para quién lo hace.

Consejera: ayudando al paciente y la familia a tratar y conocer su estado de salud, incluyendo una perspectiva psicológica y social.

Agente de cambio: en constante conexión con el paciente y lo que le rodea, actuando en función a las necesidades, evaluando y retroalimentando el proceso. Rol fundamental en todo lo relacionado con la Educación para la Salud, particularmente.

Líder: como agente de influencia en el proceso de enfermedad, tanto para el paciente como para la familia.

Investigadora: son muchas las áreas de investigación en que la enfermería debe implicarse, máxime cuando la relación con el paciente y la familia es continua, y permite disponer de datos de enorme valor para su uso científico²².

1.2. La atención de enfermería centrada en la persona

Concluimos el recorrido histórico y los distintos modelos y teorías presentes en la profesión de enfermería con el modelo de "**Enfermería Centrada en la Persona**".

Según Pilar Rodríguez²³ "La Atención Centrada en la Persona persigue promover que quien la recibe sea capaz, mediante los apoyos precisos, de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y, al tiempo, poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir desarrollando y controlando su propio proyecto de vida. Esta propuesta tiene su origen en la psicología humanista que se inicia en la primera mitad del siglo XX y surge como "tercera fuerza" presentándose como un modelo superador de los claros enfoques de psicoanálisis y el conductivismo. La clave de esta tendencia es su énfasis en la potencialidad del ser humano y sus características distintivas (decisión, creatividad, autorrealización). En este movimiento se encuadran figuras tan relevantes como Abraham Maslow, cuyo concepto central (La autorrealización) quedó establecido como valor superior en su famosa pirámide de las necesidades".

Esta misma autora, haciendo referencia al autor Carl Rogers²⁴ en su publicación "Counselling and Psychotherapy" sienta las bases de la terapia basada en el cliente, con un enfoque psicoterapéutico.

Para Rogers "nadie tiene más conocimiento sobre uno mismo que la propia persona, siendo estas las claves necesarias para comprender y autodirigir la vida emprendiendo los cambios necesarios".

Basado en la experiencia personal durante un largo período de trabajo clínico, el mismo autor identificó ciertas cualidades actitudinales entre los terapeutas que promueven la comunicación efectiva y las relaciones sanadoras, en particular la autenticidad (honestidad y sinceridad con el paciente), la empatía (la capacidad de sentir los sentimientos del

paciente) y transmitirlo) y aceptación incondicional del paciente (atención activa y respeto aunque los propios valores no estén alineados con los del paciente).

El afecto, la atención, la empatía y, como consecuencia, la comunicación son tres pilares imprescindibles en el cuidado humanizado que los usuarios valoran como vitales en sus cuidados en del cualquier ámbito sanitario.

El cuidado biomédico nos ha llevado a una reducción de lo humano a lo biológico distanciando el trabajo de las enfermeras de la visión holística del cuidado. Pero los pacientes sienten la necesidad de que los cuidados se basen en la empatía, atención, afecto, comunicación..., dando a todo ello tanta importancia como los procedimientos y la técnica²⁵.

La enfermería debe cuidar desde dos vertientes diferentes pero que han de ser inseparables: "el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral, como coparticipe en las transacciones de cuidados humanos"²⁶.

Muchos son los estudios realizados sobre el Cuidado Centrado en la Persona entre los que destaca el elaborado por la asociación de enfermeras de Ontario en colaboración con la directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-ISCI) Instituto de Salud Carlos III de España. Este grupo elaboró una guía de **Cuidados Centrados en la Persona y en la Familia**²⁷, en Julio de 2002, y revisada en 2006, en la que encontramos referencias importantes al respecto. Los cuidados centrados en la persona han sido descritos como un alejamiento del modelo biomédico y un acercamiento para conocer a la persona y su experiencia de salud a través del tiempo^{28,29}. Otras descripciones han visto los cuidados centrados en el paciente como un concepto moral y filosófico, considerando que es lo correcto a la hora de diseñar y prestar cuidados de forma respetuosa, humana y ética³⁰. Esta perspectiva ética concibe profesionales de la salud que demuestren actitudes de cuidados centrados en la persona y en la familia, respetuosos con la persona y sus preferencias, culturalmente sensibles, y que impliquen el reparto de

poder en una colaboración terapéutica para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción con los cuidados.

En este mismo documento, el Institute of Medicine Committee define los cuidados centrados en el paciente como los cuidados que se basan en las relaciones de cuidado (que incluyen componentes tanto emocionales como físicos) y que implica la participación de familia y amigos.

Según Greene³¹ "La persona tiene el control de su cuidado ya que la información y la educación se ofrece para ayudarles a tomar decisiones sobre su salud durante toda la vida".

En resumen, la atención centrada en la persona requiere un enfoque individualizado e integrado en el que se ayude a afrontar el sufrimiento del paciente por enfermedad, en cualquier dimensión personal (biológica, psíquica, psíquica, familiar, social, laboral o espiritual), actuando de forma holística en el proceso de salud de la enfermedad (prevención, tratamiento, recuperación o remisión) y la promoción activa de una salud positiva. También tiene como objetivo optimizar la experiencia del paciente en los servicios de salud y garantizar una atención accesible y participativa, donde los valores y preferencias del paciente se integren en un marco de atención acogedor, tolerante y compasivo.

Estos conceptos no son algo nuevo para la enfermería, pero actualmente se están impulsando de manera simultánea desde el ámbito educativo, asistencial e institucional, respondiendo a una preocupación social por humanizar la asistencia.

La atención humana, integral y comprometida sólo puede ser brindada por un equipo interdisciplinario bien coordinado, con habilidades comunicativas e interpersonales que favorezcan relaciones profesional-paciente satisfactorias y efectivas, y si se promueven actitudes y conductas preventivas relacionadas con la salud.

Una adaptación esquemática de la propuesta de Fernando Caballero en nuestra universidad, sobre la atención centrada en la persona, referida al ámbito enfermero, se resumiría en las siguientes ideas:

1. Ofrecer una atención enfermera integral y de calidad en todas las esferas de impacto de la enfermedad en la persona (biológica, psicológica, familiar, social y espiritual), con respeto a su dignidad personal, por profesionales de confianza

2. Mejorar las habilidades de comunicación de los enfermeros con los pacientes:

- Mejorar el conocimiento del enfermero sobre las necesidades, expectativas y preferencias del enfermo.
- Garantizar información comprensible a los pacientes (suficiente, adaptada y oportuna) sobre la enfermedad y sus cuidados.

3. Optimizar la relación enfermera-paciente, mejorando el autoconocimiento sobre la propia comunicación y conducta profesional:

- Ofrecer un cuidado asistencial compasivo por profesionales empáticos, que incluya apoyo emocional, y respeto por valores personales y creencias.
- Evitar conflictos en la relación de profesionales y pacientes.

4. Promover la autonomía y la auto-responsabilidad del paciente en el cuidado de su salud y en la curación de la enfermedad:

- Promover la toma de decisión compartida entre enfermeras y pacientes.
- Mejorar la educación sanitaria para fomentar la participación del paciente y su familia en el manejo de la enfermedad. Fomentar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

5. Mejorar la experiencia del paciente en el sistema sanitario y su satisfacción con la atención recibida:

- Ofrecer un modelo de asistencia accesible, confortable y coordinada.
- Centrada en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.
- Garantizar seguridad al paciente, minimizando errores en la práctica

Tabla 1. Significado de ejercer una atención centrada en la persona. Adaptado de Caballero, F. (2011).

1.3. La comunicación como elemento clave en los cuidados integrales de enfermería.

La comunicación es la herramienta más valiosa para realizar un cuidado integral del paciente y una atención integral de la familia.

Según la RAE, Comunicación, Del latín comunicativo, -ōnis, acción o efecto de comunicar o comunicarse, pero también lo define como trato, correspondencia entre dos o más personas.

Autores como Martín Algarra o García Jiménez coinciden en que lo nuclear del concepto de comunicación es procurar el entendimiento o la comprensión tanto del contenido de lo comunicado como de la intencionalidad de quienes se comunican.

Abellán García-Bravo en su tesis doctoral "*Crítica, Fundamentos y Corpus Disciplinar para una teoría Dialógica de la Comunicación*" señala la existencia de confusión entre comunicación e información, ya que estos términos han llegado a usarse indistintamente³².

El ejercicio profesional enfermero exige, además de desarrollar competencias técnicas, habilidades de pensamiento crítico y

capacidad de análisis, mantener una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad⁸. Y para ello es fundamental desarrollar competencias de comunicación y relación interpersonal.

Hoy en día, nadie puede argumentar que la comunicación entre enfermeras y pacientes es una habilidad esencial en la práctica clínica. Aunque la definición operativa de "comunicación clínica" es difícil, existe cierto consenso en considerarla como una estructura compleja con una naturaleza dual. Por un lado, contiene un componente no observable (estar en la relación) que viene determinado por la influencia personal que experimentan tanto el paciente como el profesional, en base a los valores, actitudes y confianza que ambas partes perciben en la relación. Por otro lado, incluye un componente observable, que es el comportamiento comunicativo (habilidad) desplegado. La consideración de estos dos componentes permite comprender la teoría de que la buena práctica en comunicación clínica es a la vez una habilidad y una forma de construir relaciones y, por tanto, en parte es innata pero también se puede impartir³³. Esta definición contiene, por lo tanto, los diferentes elementos que integran el concepto de competencia. Existen múltiples definiciones, siendo últimamente utilizada en el ámbito de la enfermería la definición de Gómez del Pulgar, M³⁴: *"Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes, para transferirlos al contexto o situación real y crear la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles"*. En dicha definición se tiene en cuenta el concepto de Transferencia, como lo que permite movilizar los conocimientos, las habilidades por medio de las actitudes y valores personales, para dar una respuesta, en el caso que nos ocupa en relación a la comunicación y relación interpersonal, atendiendo al contexto en el que se encuentra el paciente y la familia.

Por otro lado, si bien la efectividad de ciertas habilidades de comunicación para ciertos resultados de salud puede ser algo controvertida, todavía hay una gran cantidad de investigaciones que muestran asociaciones positivas con importantes objetivos de atención médica. Generar evidencia científica sobre la relación entre la comunicación enfermera-paciente y los resultados de salud es particularmente difícil debido a las limitaciones metodológicas inherentes a la investigación del comportamiento humano. Un obstáculo particular para la investigación en esta área es la dificultad para distinguir los efectos del componente de comunicación de otros efectos asociados con el entorno en el que se brinda la atención médica. En este sentido, por ejemplo, el poder terapéutico del placebo en las intervenciones clínicas hoy en día es muy importante ³⁵⁻³⁶ y se reconoce que el tipo de relación enfermera-paciente puede incluir la variable con mayor peso en dicho efecto ³⁷.

En cualquier caso, aunque las competencias de comunicación pueden afectar a la salud de los pacientes a través de un efecto placebo, la investigación de los efectos asociados a las capacidades de comunicación profesional es importante para mejorar el conocimiento y la eficiencia de la práctica clínica.

Numerosos estudios sobre este tema han demostrado asociaciones positivas entre los comportamientos de comunicación del paciente en ciertas especialidades y los resultados de atención importantes, incluida la satisfacción del paciente, la adherencia a los tratamientos recomendados o la capacitación para hacer frente a condiciones crónicas³⁸⁻³⁹.

Además, varios estudios recientes han proporcionado pruebas convincentes de que las competencias de comunicación mejoran los resultados clínicos en el tratamiento de la diabetes, la hipertensión y el cáncer ⁴⁰⁻⁴¹ y, por el contrario, las deficiencias en la comunicación están fuertemente asociadas con el aumento de las denuncias a profesionales

sanitarios ⁴² La queja más común de los pacientes es que su médico no escucha sus inquietudes, no se preocupa por sus problemas o no les brinda suficiente información sobre el tratamiento. La Tabla N°2 detalla algunos de los trabajos de investigación que mostraron asociaciones positivas en el sentido de nuestra revisión.

ASPECTOS RELACIONAL	TIPO DE RESULTADOS AFECTADO POSITIVAMENTE	Ref.
Percepción de que la visitas habían sido más centradas en ellos especialmente en el ámbito de llegar a acuerdos	Mejoraría en el discomfort, las preocupaciones y una mejor salud mental tras las visitas.	(26)
Percibir tras las visitas que habían podido discutir ampliamente su problema con el médico, recibido una información clara y que se les había considerado su opinión a la hora de establecer una plan de tratamiento	Mejorías significativas en la intensidad del dolor, en el grado de ansiedad, una disminución de los síntomas asociados y una mayor recuperación funcional.	(28)
Utilizar sentido del humor, mostrarse facilitador e informar y orientar	Menos denuncias a médicos de atención primaria	(34)
Mas atención a las quejas del paciente	Recuperación subjetiva	(36)
Grado de acuerdo entre médico y paciente sobre la naturaleza del problema	Resolución de síntomas al mes de consultar	(37)

ASPECTOS RELACIONAL	TIPO DE RESULTADOS AFECTADO POSITIVAMENTE	Ref.
Intercambio emocional entre el médico y el paciente	Mejoría de los síntomas	(38)
Legar a acuerdos con sus médicos sobre la naturaleza de sus síntomas y el tratamiento	Mejoría de los síntomas	(39)
Mostrarse el medico confiado y etiquetar el problema	Mejoría/ resolución de los síntomas	(40)
Compartir decisiones y ofrecer distintas posibilidades terapéuticas	Menor morbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer de mama	(41)
Uso de las técnicas de counseling: discusión de relaciones interpersonales y estado emocional	Mejoría del estado de salud global	(42)

Tabla 2. Efecto de las Conductas relacionadas sobre resultados de salud. Reproducida de Ruiz Moral R, 2004.

Sin embargo, la evidencia científica no siempre es clara. Por ejemplo, una revisión realizada en 2004⁴³ encontró que hasta el 27 % de los estudios analizados no mostraron relación entre algunos de los comportamientos de comunicación considerados efectivos (p. ej., pacientes que hacen más preguntas o profesionales que usan estilos de comunicación centrados en el paciente) y mejores resultados. En otros estudios se ha encontrado que intervenciones similares han mostrado efectos diferentes 44-45 .

La controversia en ensayos clínicos y estudios de observación de los resultados anteriores puede estar relacionada con cualquiera de los siguientes factores:

Primero, la investigación hasta la fecha no ha logrado explicar los procesos íntimos y las vías clave que vinculan la comunicación con los resultados de la atención.

Dado que gran parte de esta investigación es de tipo "correlacional", solo se pueden inferir asociaciones estadísticas, no explicaciones causales. Por ejemplo, en un estudio, 46 pacientes diabéticos tenían un control metabólico deficiente después de consultar a una enfermera que era muy "controladora" (que interrumpía, no estaba de acuerdo, era más directiva), se puede inferir que el dominio de las enfermeras dificulta la participación del paciente en la toma de decisiones, lo que a su vez conduce a un menor cumplimiento y comprensión por parte del paciente de los regímenes de tratamiento. Sin embargo, otra explicación podría ser que las enfermeras son más capaces de controlar a los pacientes que son menos cooperativos y cumplidores (es decir, pacientes que tienen un mayor riesgo de control deficiente). Por lo tanto, no es fácil determinar el orden temporal de los fenómenos descritos y la dirección de sus relaciones.

En segundo lugar, parece ser que aún no está claro qué elementos de comunicación están asociados con resultados específicos. Si bien se han identificado aspectos clave de la comunicación centrada en el paciente (intercambio de información, gestión de la incertidumbre, respuesta a las emociones, fomento de las decisiones compartidas clínico-paciente).

En tercer lugar, los investigadores rara vez estudian la comunicación enfermera-paciente en el contexto más amplio de los determinantes fisiológicos, personales y sociales de la salud. Si no se controlan estos, es imposible conocer los posibles efectos aislados de cada elemento. Y La realidad es que una vez que los pacientes salen de la consulta, están expuestos a muchos otros factores que posteriormente afectan su salud.

Cuarto, hay dos aspectos del problema de la medición que pueden ser decisivos. En el nivel más básico, el problema puede ser que existan diferentes definiciones operativas y conceptuales de la variable a medir. Por ejemplo, dos estudios recientes muestran que no existe una definición común de toma de decisiones compartida⁴⁷⁻⁴⁸. En otros casos, los problemas pueden estar relacionados con inconsistencias en diferentes medidas de comunicación (p. ej., autoinforme del paciente versus codificación del observador). Elegir uno sobre el otro puede producir evaluaciones de comportamiento muy diferentes⁴⁹.

Por todas estas razones, explicar cómo y por qué la comunicación contribuye a mejorar los resultados de salud requiere una comprensión más profunda de cómo los aspectos específicos y bien definidos de la salud están vinculados a resultados específicos, pero también cómo los factores contextuales, tanto dentro del entorno clínico, como familiar y social, matizan o median el impacto de la comunicación en la salud. Esto requiere que los investigadores miren más allá de los marcos conceptuales descriptivos cuando desarrollen explicaciones teóricas que vinculen la comunicación con la salud. En este sentido, se ha propuesto un modelo práctico y sencillo que puede ser utilizado para generar hipótesis y orientar futuras investigaciones. El modelo se basa en la consideración de que la comunicación puede afectar directa e indirectamente los resultados de salud. (p. ej., aumentando la comprensión, la confianza, la motivación, el acuerdo) y los modificadores extrínsecos asociados a estos efectos⁵⁰.

Las competencias de comunicación responden a las necesidades de seguridad y de información por parte de los pacientes y sus familias.

En los últimos años la importancia de la enseñanza y la evaluación de las competencias de comunicación en la educación superior y, específicamente, en ciencias de la salud han sido reconocidas en muchos países del mundo como una competencia básica e imprescindible para los graduados de las diferentes profesiones sanitarias.

1.3.1. La comunicación y los principios de la profesión enfermera

El ejercicio de la profesión enfermera exige el desarrollo y adquisición de un alto nivel de competencias técnicas de alto nivel poseer una alta sensibilidad para tratar y relacionarse con las personas que se encuentran en procesos de salud-enfermedad. La actuación profesional de los enfermeros debe estar sustentada en los principios que conforman esta disciplina y que están recogidos en sus códigos éticos y deontológicos.

Se puede definir la ética como el “conjunto de normas y hechos que conducen al hombre hacia la práctica de las buenas costumbres, la honestidad y el cumplimiento del deber” y la moral como “normas de conducta que son impuestas por la sociedad, se transmiten a lo largo del tiempo y son diferentes con respecto a las normas de otra sociedad y de otra época histórica”⁵¹. La ética surge, por lo tanto, en la interioridad de la persona e influye en su conducta de forma consciente. Por otro lado, la moral surge de la sociedad y también actúa sobre la conducta del individuo. Mientras que la ética se apoya en la razón y depende de la filosofía, la Moral se apoya en las costumbres y se compone de elementos normativos válidos para su sociedad.

Se puede sintetizar lo anterior afirmando que la diferenciación entre estos dos términos se basa en que: “la ética es una presión interna (del propio individuo) y la moral puede considerarse una presión externa (sociedad)”⁵¹.

Otro concepto importante es el de **Bioética**. Para González Morán Bioética “es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la conducta correcta del humano respecto a la vida,”⁵².

Uno de los textos más influyentes en la tradición americana en la bioética es el de Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1999): *Principios de Ética Biomédica*⁵³, cuya primera edición data de 1979, donde se establecen los cuatro principios clásicos: beneficencia, autonomía, justicia y no

maleficencia. Cuando surgen conflictos entre estos principios, es necesario identificar cual de ellos tiene prioridad. Esto suele decidirse teniendo en cuenta las posibles consecuencias. En este sentido, se recurre al método desarrollado por John Rawls en *A Theory of Justice* denominado del "observador ideal" para resolver dichos conflictos ⁵⁴.

En cambio, la tradición europea (continental) tiende a considerar ciertas obligaciones morales como criterios de comportamiento de orden superior y carácter absoluto (siguiendo la inspiración del imperativo categórico kantiano) como son, en concreto, los principios de no maleficencia y justicia⁵⁵. Ambos principios ordenan el bien común y anteceden en trascendencia (si hay conflicto) al de autonomía, referido al bien individual de cada sujeto. Según Diego Gracia, los cuatro principios se ordenan en dos niveles⁵¹:

"Nivel 1: No maleficencia y Justicia. Es el nivel que podemos llamar de "ética de mínimos", en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el Derecho.

Nivel 2: Autonomía y Beneficencia. Es el nivel de "ética de máximos", relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones "imperfectas", que me puedo exigir a mí, pero no que no puedo imponer a los demás".

Por último, se considera importante hacer referencia al concepto de "Deontología"⁵⁶. La Deontología profesional es la ciencia que estudia los fundamentos del deber y las normas morales profesionales, por este motivo, es conocida vulgarmente como "*teoría del deber*". También la podemos definir como "el conjunto de los deberes de los profesionales que han de inspirar su conducta".

La deontología o teoría deontológica puede considerarse como una teoría ética que se ocupa de regular los deberes, traduciéndolos en preceptos, normas morales y reglas de conducta, dejando fuera de su ámbito específico de interés otros aspectos de la moral.

El término deontología fue acuñado por primera vez por Jeremy Bentham, en su "Deontology or the Science of Morality", en 1889, haciendo referencia a la rama de la ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. Se refiere a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia⁵⁷. La deontología es conocida también bajo el nombre de "teoría del deber" y, al lado de la axiología, es una de las dos ramas principales de la ética normativa. Se podría definir como la rama del arte y de la ciencia cuyo objeto consiste en hacer en cada ocasión lo que es recto y apropiado.

Cuando esta teoría se aplica al estricto campo profesional hablamos de deontología profesional y es ella, en consecuencia, la que determina los deberes que son mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad.

La Deontología Profesional consolida la identidad de las profesiones, genera confianza y seguridad en las personas y proporciona el auténtico rostro humano de la profesión.

Estos deberes se plasman en códigos que rigen la actuación de los profesionales, con el fin de que a través del buen hacer se obtengan resultados deseables. Cuando se habla de deontología profesional se entiende por tal los criterios compartidos por el colectivo profesional convertidos en un texto normativo, un código deontológico.

La Deontología Profesional consolida la identidad de las profesiones, genera confianza y seguridad en las personas y proporciona el auténtico rostro humano de la profesión

Para el cumplimiento de la misma se elaboran Códigos Deontológicos que reglamentan de forma estricta o a modo de orientación, las cuestiones relativas “al deber” de los miembros de una determinada profesión

Es importante no confundir deontología profesional con ética profesional. Cabe distinguir que la ética profesional es la disciplina que estudia los contenidos normativos de un colectivo profesional, es decir, su objeto de estudio es la deontología profesional, mientras que, tal como se apuntaba al comienzo del artículo, la deontología profesional es el conjunto de normas vinculantes para un colectivo profesional⁵⁷.

Las normas éticas tienen un sentido orientativo de conductas. No responden, por tanto, a un carácter meramente sancionador, sino que son más bien normas que tienen un sentido orientativo, pedagógico y de prevención de comportamientos.

La deontología, por lo tanto, se basa en normas y códigos de conducta aprobados por un colectivo de profesionales y de obligada aplicación y cumplimiento para los mismos porque recordemos que va a estar orientada “al deber”. En la siguiente tabla quedan resumidas las fundamentales diferencias entre ética y deontología.

ETICA PROFESIONAL	DEONTOLOGÍA
Orientada al bien, a lo bueno	Orientada al deber
No normativa	Normas y códigos
No exigible	Exigible a los profesionales
Propone motivaciones	Exige actuaciones
Conciencia individual predominante	Aprobada por un colectivo de profesionales.

Amplitud se preocupa por los máximos.	Mínimos obligatorios establecidos.
Parte de la ética aplicada.	Se ubica entre la moral y el derecho.

Tabla 3. Diferencias entre ética profesional y deontología (Unión Profesional, 2009)⁵⁸

La enfermería como profesión requiere de normas éticas y deontológicas.

En palabras de María del Carmen Barranco, subdirectora de la Cátedra **de Ética de la Empresa y las Profesiones de la Universidad Carlos III de Madrid**, *“Estas normas son necesarias cuando concurren en una determinada profesión dos condiciones: que se pueda causar un perjuicio a otros sujetos o que se desempeñe una importante función social que trasciende la ventaja económica que puede derivarse de la relación entre el profesional y el consumidor, usuario, cliente, paciente”⁵⁹.*

A continuación, se realiza una revisión de los principales códigos éticos y deontológicos que establecen los principios de la enfermería a nivel nacional e internacional, extrayendo de cada de ellos los elementos y la información que se relaciona con la comunicación y la relación interpersonal:

- Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)
- Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea
- Código Deontológico de la Enfermería Española.

1.3.2. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)

A nivel deontológico, como referente internacional, para la profesión enfermera, se toma como referencia mundial el **Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)⁶⁰ cuya última revisión completa data del año 2012**

Este Código orienta y guía la actuación profesional basada en los valores y necesidades sociales. Es un documento vivo y dinámico que cobra significado si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad en permanente cambio.

Tan solo si los profesionales de enfermería lo comprenden, asimilan y utilizan en todas las esferas de su trabajo, este código podrá conseguir su finalidad. Por ello, debe darse a conocer y ser accesible tanto para estudiantes, a lo largo de sus estudios, como para profesionales, a lo largo de su vida. Así mismo, la población general, políticos, organizaciones de derechos humanos y empleadores deben conocer su existencia y contenido.

En su preámbulo hace referencia a los **cuatro deberes fundamentales** de las enfermeras: **promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento**. Además de otros inherentes a la enfermería, como el respeto de los derechos humanos, incluidos los culturales, derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respecto.

En este código se plasma la **necesidad universal** de la enfermería, dado que enfermería presta cuidados a la persona, a la familia y a la comunidad y coordina sus servicios con los de otros grupos relacionados.

El Código deontológico del CIE⁶⁰ **tiene cuatro elementos principales** que ponen de relieve las normas de la conducta ética:

- La enfermera y las personas.
- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y sus compañeros de trabajo.

En la información que se asocia a cada uno de estos elementos, hemos extraído la que consideramos que más relaciona directamente con la

comunicación y las relaciones interpersonales, teniendo en cuenta que todo el código hace referencia, como no puede ser de otra manera, a las relaciones interpersonales.

La Enfermera y las personas:

- “La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente”.
- “La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla”.

La Enfermera y la práctica:

- “La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto”.

La Enfermera y la profesión:

- A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La Enfermera y sus compañeros de trabajo:

- “La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores”.
- “La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético”.

Además, el Código Deontológico del CIE para la Profesión Enfermera describe cómo se pueden poner en marcha estas normas y también cómo puede utilizarse el mismo en la formación de estudiantes.

Muestra como tanto las enfermeras gestoras, docentes y las asociaciones nacionales de enfermeras deben contribuir a que se cumplan dichas normas. Entre otras directrices que pueden encontrarse en el código, establece las siguientes:

Las enfermeras en ejercicio y gestoras deberán:

- Impartir formación continua en las cuestiones y dilemas éticos.
- Dar una información suficiente que permita el consentimiento fundamentado y el derecho a elegir o rechazar el tratamiento.
- Emplear sistemas de registro y de gestión de la información que aseguren la confidencialidad.

Las enfermeras docentes e investigadoras deberán:

- Brindar oportunidades de enseñar y aprender en relación con el consentimiento fundamentado.
- Introducir en el plan de estudios los conceptos de intimidad personal y confidencialidad.

Las asociaciones nacionales de enfermeras deberán:

- Facilitar directrices, declaraciones de posición y formación continua sobre el consentimiento fundamentado.
- Incorporar cuestiones de confidencialidad e intimidad personal en un código nacional de ética para enfermeras.

1.3.3. El código ético y deontológico de la enfermería europea

Uno de los factores principales que caracterizan a un profesional es su voluntad de respetar los estándares éticos y profesionales que a menudo se definen en un código ético y deontológico. Precisamente gracias a

estos códigos los ciudadanos pueden estar seguros de que los criterios éticos y deontológicos para la Enfermería Europea se garantizan en toda Europa⁶¹.

La finalidad de este código es, por una parte, garantizar la seguridad y la protección de las personas que reciben cuidados de enfermería en Europa, aconsejando a los órganos reguladores de enfermería sobre los principios fundamentales que deben tener en cuenta en la elaboración de su código ético y deontológico y, por otra, informar a los pacientes y a las enfermeras/os sobre los estándares comunes éticos y deontológicos que se esperan de todas las enfermeras/os que ejercen en Europa.

Los principios clave que recoge este código son los siguientes:

- Calidad y excelencia
- Desarrollo profesional continuo
- Derechos humanos
- Acceso equitativo a la atención de salud de calidad
- Cumplimiento del Código Deontológico y de Conducta
- Honestidad e Integridad
- Relaciones con otros
- Información
- Consentimiento Informado
- Confidencialidad
- Conflicto con creencias morales y éticas
- Delegación y supervisión del personal
- Seguro de daños y perjuicios profesionales

A continuación, se muestra lo que recoge el código ético y deontológico de la enfermería europea⁶¹ en diferentes aspectos clave:

“En cuanto a las Relaciones con otros:

- Las enfermeras/os deben basar sus relaciones con los pacientes, compañeras/os y colaboradores en la confianza y el respeto mutuos.
- En caso necesario, las enfermeras/os deben aconsejar y guiar a sus compañeras/os ofreciéndoles críticas constructivas para garantizar la protección del público y la seguridad del paciente.
- Las enfermeras/os deben utilizar los medios más adecuados para realizar críticas y asegurarse de que se tengan en consideración.
- En caso de que una enfermera/o considere que una/o de sus compañeras/os ha actuado demostrando incompetencia grave o de manera contraria a su código deontológico, deberá informar al órgano regulador y a la organización pertinente, director, etc.
- Las enfermeras/os no deben realizar observaciones perjudiciales o despectivas sobre sus compañeras/os a pacientes, clientes, terceros u otros en aras de autopromoción o competencia profesional.
- Las enfermeras/os deben respetar las ideas de otros profesionales y deben consultarles si desean utilizar su trabajo con fines de investigación.

En cuanto a la honestidad e integridad:

- Las enfermeras/os deben asegurarse de que, a la hora de tratar con pacientes, clientes y otras personas, incluyendo a sus compañeras/os, sus acciones se sustenten en la honestidad, la integridad y la confianza.

En cuanto a la **información** este código establece:

- Los pacientes tienen derecho a esperarse que las enfermeras/os se comuniquen con ellos y les

proporcionen información y asesoramiento de forma adecuada, clara y fácil de comprender.

- *Las enfermeras/os deben comunicarse con los pacientes de manera fácilmente comprensible para ellos. La información y el asesoramiento proporcionado debe ser imparcial y se debe basar en evidencia creíble.*
- *Las enfermeras/os serán veraces al ofrecer información a los pacientes.*

En cuanto al consentimiento informado:

- *Las enfermeras/os tienen la responsabilidad de suministrar a su paciente la información pertinente que le permita tomar una decisión informada.*
- *Los pacientes tienen derecho a decidir si aceptan o no los cuidados de enfermería (consentimiento informado), así como a negarse a recibir información, asesoramiento o cuidados y a que la enfermera/o respete su decisión.*
- *Las enfermeras/os deben buscar el consentimiento de su paciente de manera válida y deben estar seguras/os de que el paciente está legalmente capacitado, está informado y de que cualquier consentimiento que dé sea de manera voluntaria.*
- *Las enfermeras/os tienen la responsabilidad de suministrar a su paciente la información pertinente que le permita tomar una decisión informada.*
- *Las enfermeras/os deben asegurarse de que aplican el principio del consentimiento informado o su negativa respetando los deseos del paciente en ese momento, así como también deben tener en cuenta los intereses del paciente en caso de que se hayan*

dado o manifestado instrucciones al respecto en el pasado.

- *En caso de que un paciente no pueda dar su consentimiento de manera válida por no estar legalmente capacitado, se deben considerar los siguientes aspectos:*
 - ✓ *Instrucciones anteriores según corresponda*
 - ✓ *Las preferencias del paciente, en caso de que se conozcan*
 - ✓ *Los mejores intereses del paciente*

1.3.4. Código Deontológico de la Enfermería Española

El Código Deontológico de la Enfermería Española fue refrendado por el Pleno del Consejo General de Enfermería mediante la Resolución nº 32/89, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio, cuyo texto, actualizado y corregido, se recoge a su vez en la Resolución nº 2/98 del citado Pleno.

Este código español, pretende ser un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional y que sirva también para tomar conciencia de que los valores que maneja la profesión son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y que ayude a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético la toma de decisiones⁶²

En este Código están incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a las distintas obligaciones morales:

- ✓ La Enfermera/o y ser el humano.
- ✓ La Enfermera/o y la sociedad.
- ✓ La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

A continuación, se hace referencia a los artículos del código que tienen que ver con la comunicación y relación interpersonal:

En el capítulo II, “La enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os” extraemos los artículos 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12 y 13

Artículo 1: (...) *“la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud”*

Artículo 6: *“En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta”*

Artículo 7: *“En el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. (...)”*

Artículo 8: *“Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste”*

Artículo 10: *“Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”.*

Artículo 11: *“De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado”.*

Artículo 12: *“La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por si mismo”*.

Artículo 13: *“Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo”*.

En el capítulo III, “derechos de los enfermos y de los profesionales de enfermería” extraemos los artículos 19, 20 y 21.

Artículo 17: *“La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado”*

Artículo 19: *“La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo”*

Artículo 20: *“La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público”*.

Artículo 21: *“Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto”*.

En el capítulo IV *“la enfermera/o ante la sociedad”* extraemos los artículos 24, 25 y 26.

Artículo 24: *“Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone”*.

Artículo 25: *“Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas y/o curativas que se deban adoptar”*.

Artículo 26: *“La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente”*.

En el capítulo VI: *“la enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados”* extraemos el artículo 37.

Artículo 37: *“(…) deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad”*.

Del capítulo X: *“normas comunes en el ejercicio de la profesión”* extraemos los artículos 62 y 63.

Artículo 62: *“Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en*

el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno”.

Artículo 63: “Para lograr el mejor servicio a los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebatase su propia autonomía profesional”.

En el capítulo XII: “Condiciones de trabajo” extraemos el artículo 79.

Artículo 79: “La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes”.

1.4. Referentes para las competencias de comunicación y relación interpersonal en Enfermería

1.4.1. Referentes profesionales internacionales

Tal como se ha mencionado anteriormente asumimos el concepto de competencia de la Dra. Gómez del Pulgar³⁴ recogido también el documento marco de competencias de la Federación Europea de Enfermeras⁶³.

Además de los códigos éticos y deontológicos que establecen los principios de la profesión enfermeras, es interesante realizar una revisión de los principales referentes documentales y normativos que tienen que ver con las competencias comunicacionales en Enfermería.

A nivel internacional disponemos del “Marco y Competencias para el Continuo de los Cuidados de Enfermería” del Consejo Internacional de Enfermería⁶⁴, así como el “Marco de Competencias del CIE⁶⁵ para la

enfermera generalista", que recoge las competencias para la enfermera generalista o registrada y en concreto establece un grupo de competencias que tienen que ver con la comunicación terapéutica y las relaciones interpersonales.

En el siguiente esquema se resume dicho marco de competencias:



Ilustración 1. Marco de competencias enfermeras del CIE. ⁶⁵

Concretamente la agrupación de competencias relacionadas con la comunicación terapéutica y relaciones interpersonales incluye las siguientes:

- *"Inicia, desarrolla o interrumpe relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.*
- *Transmite de manera constante información pertinente, precisa y completa acerca del estado de salud del paciente/cliente, de palabra, por escrito o por medios electrónicos.*
- *Se cerciora de que la información dada al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados se presenta de manera adecuada y clara.*
- *Responde adecuadamente a las preguntas, solicitudes y problemas del paciente/cliente y de los dispensadores de cuidados.*
- *Se comunica de manera que capacita al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados.*
- *Utiliza eficaz y adecuadamente la tecnología de la información disponible.*
- *Escucha a otros de manera imparcial, respeta los puntos de vista de los demás y promueve que se manifiesten distintas opiniones y perspectivas.*
- *Comunica información clara, coherente y precisa verbalmente o en forma escrita o electrónica, con arreglo a su responsabilidad profesional, y mantiene la confianza en los cuidados.*
- *Interactúa de manera respetuosa y culturalmente apropiada para los clientes, la familia y/o los cuidadores que provienen de otras culturas.*
- *Facilita el acceso a la información o remite la solicitud a la persona adecuada.*

- *Comunica y comparte información relevante incluyendo las opiniones de los clientes, las familias y/o cuidadores con otros miembros del equipo de salud involucrados en el suministro de servicios”.*

En Europa, nos remitimos al “Comunicado de Berlín” (2003)⁶⁶, en el que se animaba a que todos los países europeos describieran la evaluación de sus sistemas de educación superior en términos de resultados de aprendizaje alcanzados, dentro del perfil de competencias.

En el ámbito educativo y también en Europa, uno de los principales referentes en competencias es el proyecto Tuning⁶⁷, que recoge un listado de 30 competencias agrupadas en competencias instrumentales, interpersonales y sistémicas. En dicho listado se incluyen también algunas competencias relacionadas con la comunicación y competencias instrumentales, como las siguientes:

- Comunicación oral y escrita en la propia lengua
- Conocimiento de una segunda lengua
- Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas)

Y como competencias interpersonales, las siguientes:

- Habilidades interpersonales
- Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas

Por su parte, la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013⁶⁸ (por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales) incluye en el artículo 31, 8 competencias que deben adquirir y demostrar los enfermeros de la Unión Europea, entre las que se encuentra la competencia general, de *“comunicar exhaustiva y profesionalmente y cooperar con miembros de otras profesiones en el sector de la salud”*.

Por su parte, la Federación Europea de Enfermeras (EFN), que participó activamente en la elaboración de las competencias recogidas en la directiva de cualificaciones⁶⁸, publicó en el año 2015 el documento “Marco de Competencias de EFN”⁶³

Este documento parte de un acto delegado de la comisión europea para actualizar el Anexo 5 de la mencionada Directiva que solicitó al Grupo de Trabajo de EFN. Dicho acto consistió, entre otros aspectos, en analizar el borrador del documento Marco de Competencias de la EFN y su relación con las competencias recogidas en el Artículo 31 de la directiva de cualificaciones 55/2013. El objetivo era elaborar una directriz que permitiera la implementación de dicho artículo en los programas nacionales de formación enfermera y formulara una propuesta a la EFN para la actualización del Anexo V, tanto en lo que se refiere a competencias, como contenido.

Partiendo de las 8 competencias enfermeras del Artículo 31 de la Directiva 2013/55/UE (de la A a la H) se recogen 6 agrupaciones de competencias en el Marco de Competencias de EFN⁶³, en el que la agrupación nº4 hace referencia a la comunicación y trabajo en equipo: “AC. 4: Comunicación y trabajo en equipo” que engloba las siguientes:

- *“Ser capaces de comunicar exhaustivamente, interactuar y trabajar eficazmente con colegas y personal interprofesional y terapéuticamente con personas, familias y grupos.*
- *Delegar actividades a otros con arreglo a la habilidad, nivel de preparación, competencia y ámbito jurídico de la práctica.*
- *Utilizar de forma independiente historias de salud electrónicas con el fin de documentar la evaluación, el diagnóstico, las intervenciones y los resultados enfermeros en función de sistemas de clasificación enfermera comparables y la taxonomía enfermera.*

- *Obtener y aplicar información de forma independiente y compartirla con los pacientes y los profesionales sanitarios, así como en todas las instalaciones sanitarias y la comunidad.*
- *Coordinar de forma independiente cuidados para grupos de pacientes y trabajar de forma interdisciplinar en aras de la meta común de garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.*

A su vez esta agrupación de competencias también llega al detalle de los resultados de aprendizaje que se muestran a continuación

- *Manejar los sistemas informáticos existentes de información para su sistema de salud.*
- *Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de la atención sanitaria.*
- *Comunicarse con claridad, respeto y autoridad democrática con el resto del equipo, pacientes, familia y comunidad, teniendo en cuenta el contexto multicultural.*
- *Utilizar lenguaje científico oralmente y por escrito, multicultural y adaptado al nivel lingüístico del interlocutor.*
- *Establecer objetivos claros conjuntamente multiculturales con los colegas y con el equipo multi e interdisciplinar para alcanzar metas comunes, aceptando los cambios necesarios para la consecución de dichos objetivos.*
- *Asumir las responsabilidades de la función desempeñada como miembro del equipo interdisciplinar.*
- *Demostrar una actitud orientada hacia la mejora continua.*
- *Comprometerse con el resultado del trabajo en equipo.”*

1.4.2. Referentes profesionales nacionales

Centrándonos en el contexto nacional tenemos que mencionar la **Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias** (LOPS), en la que se recogen las funciones profesionales básicas para enfermería que son la base de las competencias enfermeras: “los profesionales enfermeros desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención, de información y educación sanitaria”⁶⁹. En este sentido las competencias de comunicación pueden considerarse como competencias transversales, necesarias para el desarrollo de cualquiera de las funciones mencionadas, y específicamente en lo que se refiere a la función de información y educación sanitaria.

Por su parte, La **Ley 41/2002**⁷⁰, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, también establece y destaca la importancia de esta cuestión desde sus primeras páginas (“Capítulo I: Principios generales. Artículo 1: Ámbito de aplicación. Punto 6): “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.

A nivel nacional, el **libro Blanco de la Enfermería Española**⁷¹ recoge en el grupo V las competencias relacionadas con la comunicación: “*Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación) Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad*”.

Más en detalle, en este grupo se incluyen las siguientes “Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación)”:

1. *“Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.*
2. *Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej., emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.*
3. *Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.*
4. *Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).*
5. *Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.*
6. *Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión.*
7. *Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones.*
8. *Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.”*

También la **Orden CIN 2134/2008**⁷² de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para la profesión de enfermero, contiene dentro del perfil competencial exigido una serie de competencias generales y específicas relacionadas con la comunicación.

En relación con los objetivos competencias del artículo 3 nos encontramos las siguientes que tienen que ver con la comunicación:

CG4.- *“Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural”.*

CG7.- *“Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional”.*

CG11.- *“Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud”.*

En relación con las específicas nos encontramos las siguientes:

CE6.” *Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud”.*

CE8. (...) *“Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses”.*

CE16. (...) *“Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte”.*

Además, para la evaluación de estas competencias del grado en enfermería, existe un instrumento validado, la escala “ECOEnf”⁷³, que contiene dos unidades de competencia que pueden utilizarse para la evaluación de competencias comunicacionales y de relación

interpersonal: la Unidad de competencia nº6, “comunicación y relación interpersonal” y la Unidad de competencia n 7: “actitudes, valores y transferencia”

Existen también competencias de comunicación en los programas formativos de las especialidades enfermeras recogidas en el artículo 2 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Estas especialidades están concretadas en diferentes órdenes ministeriales, en las que se recogen también competencias sobre comunicación⁷⁴⁻⁷⁹

1.4.3. Referentes para estudiantes de Grado en Enfermería en competencias comunicativas

Aunque existen varios referentes que establecen las competencias de comunicación para enfermería, no se ha encontrado un listado consensuado de competencias comunicacionales en lo que se refiere a la formación de estudiantes de Grado. Basta con examinar a la información pública disponible en las páginas web de los diferentes planes de estudio de Grado, que están implantados actualmente, para observar que las competencias de comunicación se trabajan de manera diferente, no existiendo una unificación en cuanto a los criterios de evaluación, ni en cuanto a los métodos de desarrollo de las mismas.

Por lo tanto, parece conveniente desarrollar criterios comunes sobre una competencia comunicacional integralmente entendida, detallando unos resultados de aprendizaje específicos relacionados con esta competencia. Sólo así se podrán compartir fines similares en esta materia en las estrategias educativas de los graduados y posgraduados en enfermería, así como evaluar con criterios comunes y de la forma más objetiva posible la adquisición de dichas competencias. De esta forma podremos comparar evaluativamente a diferentes estudiantes, sea cual

sea el momento de desarrollo formativo, o a diferentes profesionales, en el caso de procesos de certificación y recertificación.

En el momento actual, y con marcos nacionales (cuando estos existen) variados en materia de competencias comunicativas, un requisito previo, incluso para el desarrollo de unos propios marcos nacionales de competencias en la educación de enfermería, puede ser la definición de un marco supranacional de base cultural compartida que integre en una visión homogénea, coherente y amplia de un currículum nuclear en comunicación asistencial. Esto es lo que se propone como un **“Core Curriculum de Competencias Comunicativas”** (CCCC).

Existen algunas iniciativas consensuadas en mayor o menor medida, desarrolladas generalmente en contextos clínicos y educativos, principalmente para el ámbito médico⁸⁰⁻⁸³. En general, parten de premisas comunes como son, una concepción de una ética de la práctica clínica fundamentada en la autonomía, el respeto y la colaboración entre profesional sanitario y paciente, y la aspiración de que los enfoques comunicativos propuestos aumenten la eficacia de las actuaciones sanitarias, mediante un enfoque basado en la evidencia. Estos consensos han contribuido de manera muy eficiente a marcar perspectivas, delimitar objetivos docentes y establecer lenguajes comunes en este terreno.

Estas propuestas han servido de base para iniciativas de consenso más ambiciosas como son el desarrollo de un “core” o núcleo común de *competencias/outcomes educativas* realizadas por asociaciones o grupos de expertos más amplios (de carácter tanto internacional, como interprofesional) y que suponen ya declaraciones consensuadas con diferentes propósitos y alcances, pero con el objetivo común de definir los contenidos de la “buena práctica” en materia de relación médico-paciente en el contexto del encuentro clínico y de servir de base para su uso en la planificación, diseño de programas docentes y evaluación de la comunicación asistencial. Nos referimos sobre todo a las

Declaraciones de Consenso de Toronto⁸⁴ y de **Kalamazoo**⁸⁵ como más reconocidas publicaciones.

En esta línea, y más recientemente, se han producido ya tres Declaraciones de Consenso que tienen unos rasgos bien definidos respecto a las mencionadas más arriba y que suponen un paso más en la medida en la que abarcan alguno o varios de las siguientes características:

1. la ampliación en relación con el número y tipo de competencias a incluir.
2. su enfoque educativo, bien sea a nivel de estudios médicos de grado o a nivel postgrado, incluyendo objetivos comunes para diferentes profesiones sanitarias.
3. una perspectiva de ámbito bien internacional o/y intercultural.

Así, el **Consenso Británico** (*UK Consensus Statement*)⁸⁶ sobre el contenido de los currícula comunicativos, es un documento desarrollado por 33 facultades de medicina del Reino Unido para ayudar a diseñar, implementar y revisar el plan de estudios de medicina del país, en lo que se refiere a la comunicación. Este documento, aunque también pretende ser útil en la educación de otros profesionales de la salud, puede servir como base para programas de desarrollo profesional postgraduadas, está específicamente diseñado para la educación graduada médica. Sus objetivos además no solo están enfocados a habilidades clínicas comunicativas, sino que describen también los elementos de contenido fundamentales para la enseñanza de la comunicación en el grado. Así, presentan “*la rueda curricular de comunicación*” la cual da cobertura a las siguientes áreas: respeto por los demás (como componente central), teoría y evidencia para las habilidades de comunicación, tareas y habilidades para entrevistas clínicas, temas específicos, comunicación masiva y comunicación con los que no son pacientes. El documento a su vez define un conjunto de principios sustentadores tales como: Práctica

Reflexiva, Profesionalismo, Ética, Marco Legal y Práctica Basada en Evidencia.

El **Consenso de Basilea**⁸⁷, es un consenso de expertos para el ámbito países germánicos (Alemania, Austria y Suiza) que define las habilidades comunicativas y las competencias sociales que los graduados médicos de los países incluidos deben demostrar haber adquirido al final de sus estudios. Su objetivo es similar al consenso británico, pero incluye además el hecho de contribuir a resaltar la importancia de las competencias de comunicación y sociales. Comparado con el Consenso de Toronto y Kalamazoo, el Consenso de Basilea incluye temas y objetivos más amplios, incluido el trabajo en equipo, la responsabilidad social y el desarrollo personal y profesional.

Finalmente, un grupo de expertos multiprofesionales de dieciocho países europeos bajo los auspicios de la "European Association in Communication and Health" (EACH) ha definido muy recientemente un **Consenso Europeo**⁸⁸ sobre el "núcleo curricular en comunicación" (*European Consensus on learning objectives for a core communicational currículum in health care professions*)⁸⁸ para su aplicación en la enseñanza de grado en Europa pretendiendo de que dicho "core currículum" sirva de orientación para otros diseños curriculares de un amplio abanico de profesiones sanitarias, remarcando así su carácter multi e interprofesional del mismo en los diferentes países europeos y enfatizando su pretensión de que el mismo debe de contribuir a hacer efectivo el proceso de Bolonia. Las características de este consenso suponen básicamente una adaptación de las taxonomías de objetivos del Consenso de Basilea y proporciona hasta 61 objetivos de aprendizaje focalizados tanto en la "comunicación con pacientes" como en la que tiene lugar en los "equipos inter y multiprofesionales", y que a la vez incluye "la reflexión y el profesionalismo".

A todo lo anterior debe añadirse que en la UFV se impulsó en 2017 un proyecto para países de habla española y portuguesa (toda

Iberoamérica, Portugal y España) con el fin de desarrollar y alcanzar un consenso entre expertos de estos países que para definir qué habilidades y competencias comunicacionales inter/intrapersonales deberían adquirir los graduados médicos al final de sus estudios. En esta línea existe un proyecto en desarrollo en el que se están consensuando las competencias comunicacionales para los graduados en medicina en el ámbito nacional.⁸⁹

El proyecto mencionado se basa en el modelo conceptual de comunicación clínica del Dr. Roger Ruiz, director del Programa de Comunicación Clínica de esta universidad, y es la primera ocasión en la que un alto número de centros universitarios de nuestro país colaborarán con la intención de mejorar y unificar sus currícula formativos.

1.5. Aclaraciones sobre el formato pedagógico de las competencias comunicacionales

Definir un listado de competencias de comunicación para los estudios de Grado en Enfermería, y que deban demostrar los estudiantes al finalizar los mismos, requiere explicar el pedagógicamente como es el formato mas adecuado. En muchas ocasiones diferenciar competencias de objetivos y/o resultados de aprendizaje resulta complicado, de manera que a menudo se utilizan indistintamente⁹⁰⁻⁹². En este estudio, se ha optado por utilizar resultados de aprendizaje, siguiendo las directrices del “Marco de Cualificaciones del Espacio Europeo de Educación Superior” (A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area)⁹¹

Por un lado, los objetivos se diseñan desde el punto de vista del profesor y son poco susceptibles de ser medidos. Se relacionan principalmente con lo que pretende el Profesor sobre los contenidos de una materia.

Los resultados de aprendizaje, en cambio, tienen que ver con lo que se espera que los estudiantes demuestren al final de un periodo de aprendizaje (conocimientos, comprensión o capacidades que han adquirido). Además, son observables y evaluables.

En cuanto a las competencias, tomando en cuenta el proyecto Tuning⁶⁷ combinan conocimientos, comprensión, destrezas, habilidades y actitudes. Este concepto de competencia se complementa con la definición de Gómez del Pulgar³⁴, que introducción del concepto de transferencia como la movilización de los conocimientos habilidades, adquiridos, por medio de los valores y las actitudes, para dar respuesta a una situación determinada, en un contexto concreto y utilizando los recursos disponibles.

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, modificado por el Real Decreto 861/2010,⁹³ refiere que *“los planes de estudio conducentes a la obtención de un título deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias”*.

Por su parte el Real Decreto 1027/2011⁹⁴ de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior en su artículo 2, los define como *“aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer”*.

Esta normativa, incluye también la definición de nivel, como *“El referente definido en términos de descriptores genéricos para la clasificación de las diferentes cualificaciones de la educación superior, expresado en resultados del aprendizaje, a los que se puede adscribir, mediante la oportuna comparación, una cualificación concreta”*.

Y la de Descriptor: *“Colección de resultados del aprendizaje que caracteriza un determinado nivel en un marco de cualificaciones”*.

Teniendo en cuenta que el conjunto de resultados de aprendizaje es lo que evidencia la competencia, y esta demostración es el resultado

global del proceso enseñanza-aprendizaje, para el desarrollo de este trabajo se han considerado los resultados de aprendizaje como concreciones de las competencias

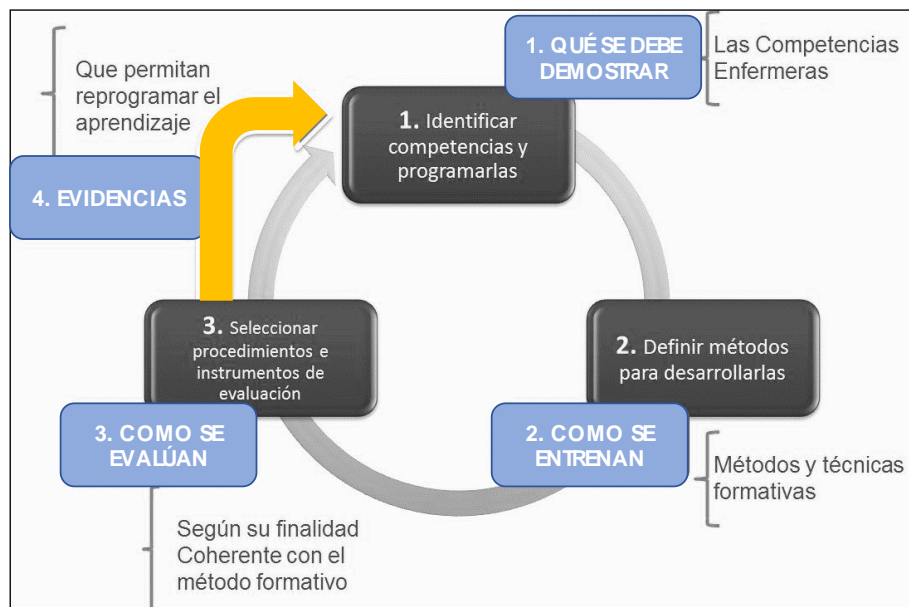


Ilustración 2. Proceso Enseñanza-Aprendizaje. (Gómez del Pulgar, 2014)⁹⁵

Los resultados del aprendizaje se definen a través de declaraciones o frases que contienen un verbo que expresa una acción, un contenido u objeto sobre el que el estudiante tiene que actuar y un contexto o condiciones en las que se producirá la ejecución. Se pueden utilizar diferentes verbos para demostrar diferentes niveles de aprendizaje. Así, dependiendo de la complejidad de la materia, el grado de profundización requerido o el nivel de autonomía exigido para el estudiante, los verbos que se utilicen para escribir los resultados del aprendizaje serán unos u otros. Dado que una de las características más importantes de los resultados del aprendizaje es que sean evaluables, es significativo que el verbo que se elija para describirlos no sea ambiguo o indeterminado. Encontramos en la literatura diferentes formas de describir los resultados de aprendizaje, no obstante, existe un referente en el que coinciden la mayoría de las reseñas, que es la jerarquía de Bloom, como instrumento básico para seleccionar el verbo de acción más apropiado

a la hora de describir los resultados de aprendizaje, puesto que ofrece una estructura que ejemplifica distintos niveles de complejidad de los mismos y una lista de verbos de acción que ayudan a la hora de identificarlos⁹⁷.

Según Bloom y sus colaboradores⁹⁶ el aprendizaje abarca tres planos bien diferenciados, aunque con frecuencia se combinan en los resultados del aprendizaje propios de la educación superior: el plano cognitivo, el subjetivo y el psicomotor.

En este trabajo se ha intentado incluir resultados de aprendizaje que contemplen estos los 3 planos. intentando utilizar los relacionados con las categorías de orden mayor de la pirámide taxonómica.

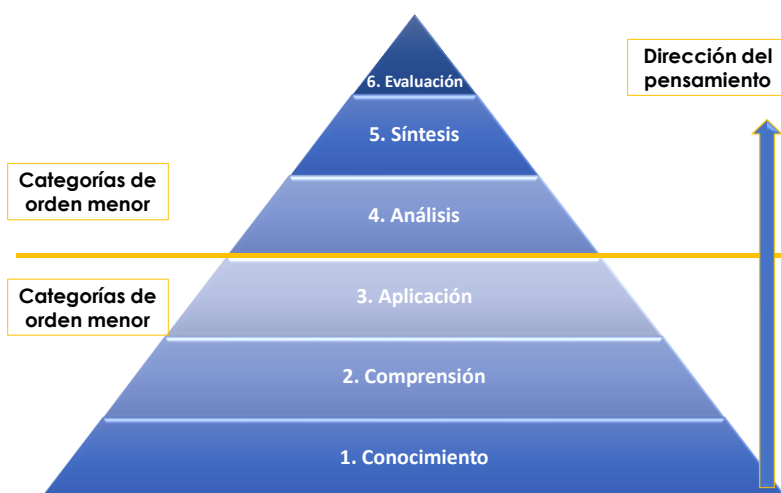


Ilustración 3. Dirección ideal del pensamiento según la Taxonomía de Bloom ⁹⁶

Capítulo 2: Justificación

JUSTIFICACIÓN

Tal como se ha comentado previamente, no se ha encontrado ningún consenso específico acerca de competencias de comunicación para los estudios de grado en enfermería, aunque existan algunas iniciativas, también comentadas, de naturaleza multi e interprofesional que incluyen entre sus destinatarios los programas del grado y las especialidades enfermeras.

En respuesta a esta carencia, se plantea este proyecto de tesis doctoral, con el fin de establecer y consensuar el perfil de competencias de comunicación e interpersonales, a nivel nacional e internacional, para los graduados en Enfermería de España y de otros países hispanohablantes del contexto cultural latinoamericano.

Parece importante resaltar que el alcanzar un consenso sobre las competencias comunicacionales y relaciones que los graduados en enfermería deberían alcanzar, no presupone que las facultades de Enfermería participantes se comprometan a incorporar de forma literal y automática sus contenidos. Cada facultad tendrá plena autonomía, en función de sus características propias y del perfil de licenciado que propone, para decidir qué objetivos de aprendizaje específicos desea garantizar a sus estudiantes, cómo los incluirá en su programa docente y qué métodos didácticos y evaluativos aplicará.

Capítulo 3: Hipótesis

HIPÓTESIS

Es posible definir, a través del consenso de expertos académicos y profesionales de enfermería, un perfil de competencias comunicacionales (formuladas en formato de resultados de aprendizaje observables), que los estudiantes del grado en enfermería deberían adquirir durante sus estudios universitarios para desarrollar un perfil de egresado que responda a las necesidades actuales de la sociedad respecto a la profesión.

Dicho consenso puede obtenerse por métodos estructurados no presenciales, tanto a nivel nacional (España), como internacional (Portugal y Latinoamérica).

Capítulo 4: Objetivos

4.1. Objetivo general

1. Definir un conjunto común de competencias comunicacionales para adquirir durante los estudios universitarios de Grado en Enfermería, asumible en España, Portugal y en países del entorno sociocultural iberoamericano.

4.2. Objetivos específicos

1. Consensuar un marco conceptual teórico sobre la comunicación clínica, que permita justificar y estructurar los distintos resultados de aprendizaje propuestos para estudiantes de Enfermería, y resulte susceptible de ser compartido en el ámbito geográfico de referencia.
2. Identificar las áreas competenciales en el ámbito de la comunicación asistencial más relevantes para aplicar a la docencia de Grado en Enfermería en los países implicados.
3. Seleccionar, adaptar y aplicar una metodología de investigación apropiada (aceptable, factible y efectiva) para que un panel experto internacional de ámbito iberoamericano alcance el consenso sobre una propuesta común de competencias comunicacionales para Enfermería (la técnica REMODE, una adaptación en remoto del método Delphi modificado).
4. Definir, bajo un consenso amplio de expertos iberoamericanos, un listado detallado de posibles resultados de aprendizaje en materia de competencia comunicacional para los estudiantes universitarios de Enfermería, en cada una de las áreas competenciales definidas.

5. Identificar, dentro de los resultados de aprendizaje consensuados, un subconjunto de los mismos que, por recibir un mayor grado de respaldo experto, puedan considerarse más aplicables e idóneos para formar parte de un core curriculum de competencias comunicacionales nucleares y prioritarias para estudiantes de Enfermería.
6. Analizar las posibles diferencias de criterio entre los expertos de Latinoamérica/Portugal y de España, sobre las competencias comunicacionales aptas para el Grado en Enfermería.

Capítulo 5: Material y Métodos

5.1. Diseño metodológico.

El estudio utiliza como metodología principal el **Remote Modified Delphi (REMODE)**, técnica estructurada para alcanzar consenso profesional a distancia sobre un tema concreto, derivada del método Delphi tradicional (a distancia y con número indeterminado de rondas de encuesta) y variante del método Delphi modificado (sesión de debate presencial y 2 únicas rondas).

Esta adaptación metodológica no requiere encuentro presencial y sustituye la interacción personal de los panelistas expertos por el envío de un informe de resultados de la primera ronda (estadístico y figura) con los comentarios aportados por los panelistas, informando además a cada participante de su posición con respecto al resto del grupo.

Las características principales de la adaptación metodológica propuesta incluyen:

- Garantizar el anonimato riguroso de los participantes, a fin de reducir el efecto pernicioso que pueden ejercer los posibles elementos dominantes del grupo⁹⁸.
- Proponer la responsabilidad exclusiva de los investigadores que impulsan el estudio (líderes de referencia en la materia) en la elaboración de los cuestionarios, sin implicar al pleno del panel de expertos en esta fase.
- Permitir el uso de paneles de expertos más numerosos que la composición habitual usada en el Delphi modificado (en general 8-12).
- Completar las rondas de encuesta sin necesidad de reunión presencial de debate, para evitar sesgos de influencia y garantizar viabilidad logística del procedimiento con paneles numerosos.

- Suplir esa reunión por el ofrecimiento de un feedback informativo detallado entre rondas (resultados obtenidos y opiniones libres de panelistas), por vía electrónica.

Entre los miembros del CC se difundieron y consensuaron una serie de aspectos claves que tenían que ver con las condiciones básicas (aspectos metodológicos) y propósitos del proyecto: describir un conjunto de habilidades comunicacionales que los estudiantes de enfermería deberían dominar al final de sus estudios de grado y que los docentes pudiesen aplicar de manera realista en sus contextos educativos locales.

Las fases y responsables del método Remode se definen tal y como se muestra en el siguiente esquema:

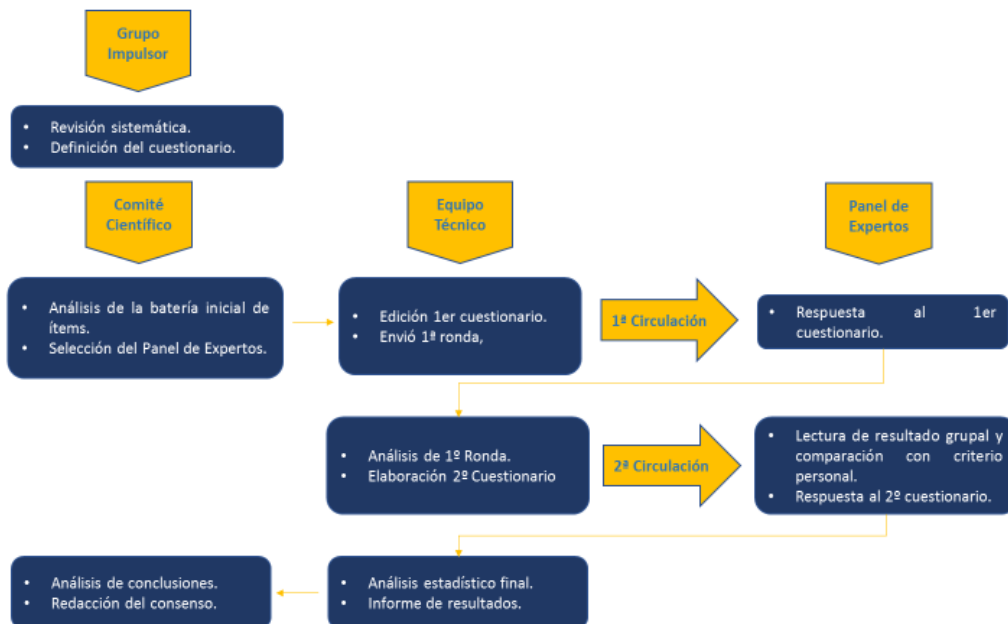


Ilustración 4. Esquema de desarrollo del método de consenso "Delphi Remode"

5.2. Participantes

En el inicio, el grupo impulsor del proyecto, formado por 5 expertos españoles en comunicación seleccionó un comité científico asesor de 7 expertos internacionales. A partir de ahí, y mediante una técnica de muestreo “en bola de nieve” (*snowball sample*)^{99,100} se seleccionaron los componentes del panel internacional en el que se incluyeron, tentativamente, 160 expertos procedentes de 14 países (España, Portugal, Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay). 89 de ellos aceptaron participar y completaron el proceso de consenso conformando el panel de expertos consultados.

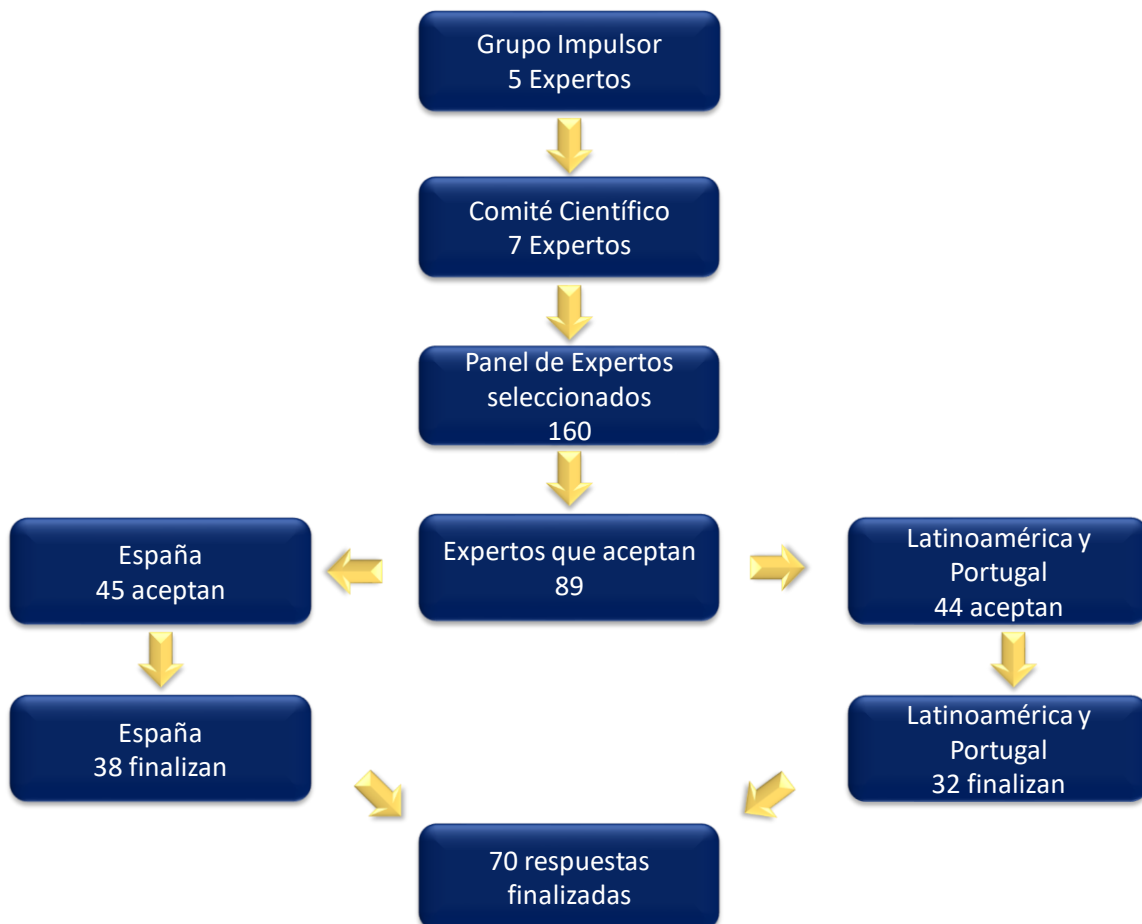


Ilustración 5. Nº de expertos participantes en las distintas fases.

5.3. Fase preliminar: Discusión del Marco Conceptual previo

En la ilustración 5 se esquematizan los diferentes componentes del modelo conceptual, que tiene a las dos personas implicadas en la relación clínica como ejes fundamentales sobre los que pivotan el resto de los dominios de la comunicación, representados como anillos concéntricos. Esta propuesta se adoptó de estudios anteriores¹⁰¹ y representa un constructo teórico que recoge los elementos clave de la comunicación clínica, ampliamente difundido y aceptado.

Tomando como punto de partida este mismo marco conceptual, otro grupo de trabajo sobre competencias comunicacionales en el ámbito médico, desarrolló en 2017 un consenso internacional que finalizó con la propuesta de 136 resultados de aprendizaje agrupados en 6 categorías o áreas competenciales¹⁰² básicas:

- a) Comunicación con el paciente.
- b) Comunicación con la familia del paciente.
- c) Comunicación intrapersonal.
- d) Comunicación inter-intra profesional.
- e) Comunicación por diferentes vías.
- f) Comunicación en situaciones especiales.



Ilustración 6. Esquema de los componentes que se han considerado para la elaboración y agrupación del listado de competencias comunicacionales ⁹⁰.

Por su amplia difusión científica, esta tesis cumple idénticas categorías competenciales para desarrollar el nuevo consenso orientado a la enfermería.

5.4. Procedimiento de Consenso Experto.

Partiendo del esquema presentado en la figura 4 se describe a continuación las fases metodológicas del proyecto.

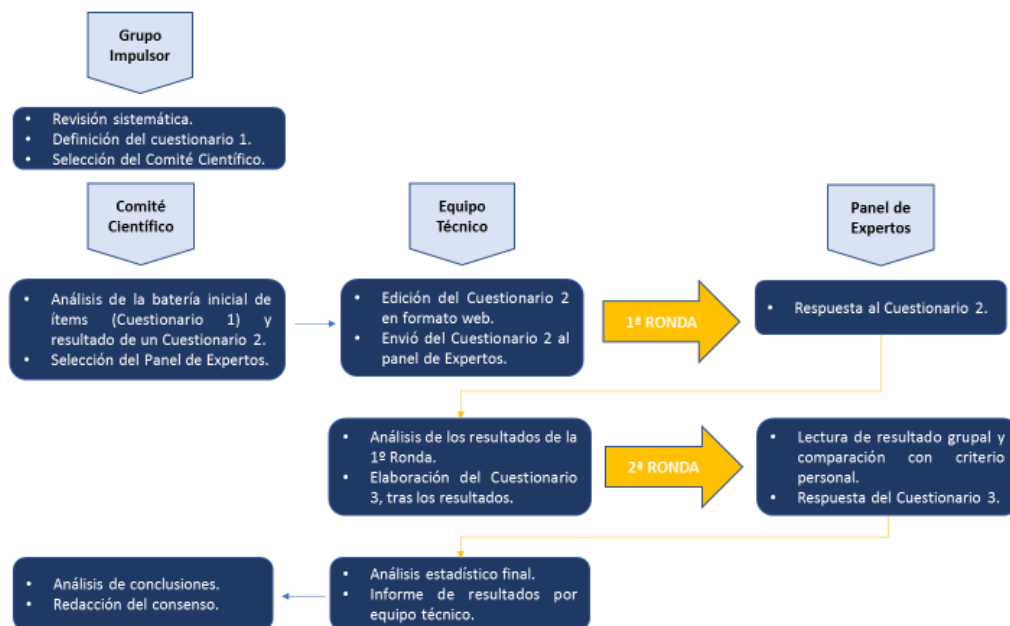


Ilustración 7. Esquema metodológico del CCC Grado en Enfermería. Elaboración propia.

5.4.1. Fase I: Creación del Grupo Impulsor, selección del Comité Científico y selección del Panel de Expertos

Tras la constitución en marzo del 2015 del Grupo Impulsor del proyecto, compuesto por un equipo de trabajo multidisciplinar de 5 miembros vinculados a la Universidad Francisco de Vitoria, se realizó una primera revisión bibliográfica, y se elaboró un primer cuestionario adaptando para Enfermería las competencias comunicacionales consensuadas previamente para un contexto similar, en medicina (a la luz de los contenidos de las guías docentes del Grado en Enfermería español, con la información publicada en las páginas web de cada una de las facultades en las que se imparte dicho grado).

La propuesta inicial partió de una batería de 136 ítems (learning outcomes) agrupados bajo las áreas competenciales del marco conceptual previamente seleccionado: comunicación con el paciente, comunicación con la familia del paciente, comunicación intrapersonal

(autopercepción), comunicación inter-intra profesional, comunicación por diferentes vías y comunicación en situaciones especiales.

Esta propuesta inicial configuró un primer borrador del cuestionario Delphi. Para mejorar el contenido y la redacción final de dicho documento este listado obtenido por el grupo impulsor se facilitó a un grupo voluntario de consultores ajenos a su desarrollo. Por vía electrónica se recogieron las sugerencias de posibles cambios y mejoras al cuestionario.

Tras esto, se constituyó un Comité Científico del proyecto integrado por 7 miembros, mediante su elección directa a propuesta del Grupo Impulsor, entre expertos internacionales en comunicación de reconocido prestigio.

Este comité científico recibió una documentación que incluía el marco conceptual propuesto, un dossier con la bibliografía consultada y la versión preliminar de los posibles ítems del cuestionario inicial propuesto por grupo impulsor.

La primera tarea de este comité fue revisar el borrador del cuestionario realizado y proporcionado por el grupo impulsor, y proponer los cambios considerados pertinentes en la formulación inicial de los ítems de encuesta (eliminación, ampliación, reducción, modificación, cambio de ubicación).

El Grupo Impulsor tras revisar y considerar los documentos aportados por el Comité Científico, sintetizó todas las aportaciones recibidas y solicitó al Comité la aprobación final de una versión definitiva del cuestionario, que quedó reducida a 68 resultados de aprendizaje apropiados para los estudiantes de Grado en Enfermería.

Los 68 ítems resultantes conformaron la encuesta de partida en el procedimiento Delphi. Durante el proceso anterior se dispuso de la asistencia continuada de un asesor técnico experto en pedagogía

aplicada, para garantizar la redacción apropiada de los resultados de aprendizaje en su formato correcto.

Para la selección del Panel de Expertos internacional, encargado de analizar y validar la propuesta a través de un proceso de consenso, se empleó la técnica de muestreo en bola de nieve de acuerdo a la propuesta original de Goodman y Coleman¹⁰⁰, iniciada a partir de los contactos personales de los miembros del Comité, quienes, a su vez han de proponer nuevos candidatos referentes en el tema. Durante el proceso se identificaron 160 potenciales candidatos de 14 países, que fueron invitados a participar en el panel, de los cuales aceptaron incorporarse al proyecto 89.

Este panel de expertos resultante está compuesto por profesionales de los siguientes países: España, Portugal, Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay.

El proceso descrito ha permitido incluir en el panel dos tipos de expertos: aquellos cuya experiencia está en función de lo que saben (experiencia "epistémica", con capacidad de proporcionar explicaciones en profundidad sobre el tema), o en función de lo que hacen (experiencia "ejecutiva", con capacidad para realizar una habilidad de acuerdo con reglas de buena práctica) ^{103,104}.

Algunos de estos expertos procedían de las redes de contactos profesionales de los miembros del grupo impulsor y del comité científico:

- Considerando que varios de los investigadores están ligados al Grupo de Comunicación y Salud (GCyS), se dispone de acceso a un grupo de expertos en esta área muy bien definido en nuestro país, en prácticamente todas las comunidades autónomas. Se contactó con enfermeros que forman parte de este grupo.

- Asimismo, a través de la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería, (CNDE) se accedió a otros expertos propuestos por cada una de las Facultades españolas, que son los responsables del área docente en Comunicación Clínica en cada centro.
- A través de los responsables de los Centros sanitarios con los que tiene convenio la UFV para la realización de la formación practico-clínica de los estudiantes de Grado en Enfermería, se contactó con profesionales asistenciales que reunían los criterios de selección fijados.
- A través del Consejo General de Colegios de Enfermería de España (CGE), se contactó con los expertos Internacionales, que pertenecían a asociaciones y colegios nacionales de Enfermería en Latinoamérica y a través de ellos con expertos del ámbito académico.

5.4.2. Fase II. Método Delphi (variante REMODE).

La validación del cuestionario se realizó por consenso mediante el método REMODE, que se presenta a continuación.

REMODE es una nueva variante de la técnica Delphi modificada (un método híbrido del Delphi original con el grupo nominal que introduce una reunión entre sus dos rondas de encuesta) ¹⁰⁵. Esta propuesta evitaba la repetición de un número excesivo (e indeterminado) de rondas de encuesta hasta lograr la estabilidad en las respuestas grupales, facilitando un libre intercambio de opiniones.

Aunque la técnica modificada es más factible que el método Delphi original¹⁰⁶, vulnera uno de sus pilares fundamentales (el anonimato necesario para evitar el sesgo de influencia). Para garantizar la confidencialidad de las intervenciones, en este estudio se ha utilizado una nueva evolución específica del método Delphi modificado, **REMODE**, que tiene las siguientes características:

- 2 únicas rondas de encuesta, se elimina el encuentro cara a cara (lo que permite una participación más fácil de paneles amplios de expertos como nuestro grupo internacional)
- Participación de los miembros del panel a quienes se proporciona un feed-back escrito de información detallada entre rondas (puntajes de la encuesta y las opiniones escritas de cada participante).

Esta técnica ha sido ampliamente utilizada recientemente^{107,108}, y respaldada metodológicamente por un detallado análisis académico¹⁰⁹.

Entre ambas rondas de encuesta los expertos reciben información de las respuestas del grupo a la primera circulación (una descripción estadística y gráfica), así como una transcripción de todos los comentarios y aclaraciones proporcionadas por el resto de las participantes. Después de revisar esta información, se solicita a cada panelista una reconsideración de su posición personal y una reevaluación de los ítems (resultados de aprendizaje) que no fueron consensuados en la primera ronda.

La circulación de encuestas se realizó por parte del equipo técnico, por vía electrónica a través de una web de acceso restringido a los panelistas, lo que facilitó el seguimiento de quienes retrasaron su cumplimentación sobre los plazos previstos. Un seguimiento estrecho de esta cuestión por la oficina técnica del estudio resultó determinante del éxito del proyecto.

El trabajo de campo se desarrolló durante 12 semanas, se permitió a los participantes inscribirse en la plataforma creada para la recogida de datos y completar el estudio.

Finalmente, se amplió dicho plazo para poder obtener una muestra mayor y más diversa de participantes finalizando el proceso.

5.5. Análisis estadístico y criterios de consenso

La valoración de los ítems por los panelistas se realizó mediante una escala ordinal tipo Likert de 9 niveles, según el formato desarrollado en “UCLA-Rand Corporation” para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria^{111,112}.

Las categorías de respuesta en esta escala se describen mediante descriptores semánticos en tres regiones (1-3= “desacuerdo”; 4-6= “ni acuerdo, ni desacuerdo”; 7-9= “acuerdo”).



The image shows a screenshot of a web-based survey interface. At the top, the title reads "Consenso Iberoamericano sobre el Core Curriculum de competencias comunicacionales (CCCC) para estudiantes de Grado en Enfermería". The logo of Universidad Francisco de Vitoria (UFV Madrid) is in the top right corner. A navigation bar includes "Inicio", "Encuesta Delphi", "Contacto", and "Cerrar sesión". Below the navigation bar, there is a Likert scale with nine points. The scale is divided into three regions: "DESACUERDO" (points 1-3), "NI ACUERDO, NI DESACUERDO" (points 4-6), and "ACUERDO" (points 7-9). Each point has a radio button. Below the scale, the "Criterios de valoración:" are listed:

- 1-3: Estoy en desacuerdo con (cuanta menos puntuación, menor grado de acuerdo).
- 4-6: Ni acuerdo ni desacuerdo con; no tengo un criterio totalmente definido sobre la cuestión (elegir 4 o 6 si se está más bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).
- 7-9: Estoy de acuerdo con (cuanta mayor puntuación, mayor grado de acuerdo).

Ilustración 8. Escala valorativa ordinal tipo Likert de nueve puntos (según formato desarrollado en UCLA-Rand Corporation para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria).

En cada caso, el encuestado pudo discriminar con detalle su opinión particular, eligiendo uno de los tres puntos contenidos en cada región (ilustración 7).

El cuestionario ofrecía la posibilidad de que los participantes incluyesen observaciones libres (Ilustración 8). Los ítems no puntuados se trataron como casos perdidos a efectos estadísticos.

Inicio Encuesta Delphi Contacto Cerrar sesión

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

B.1. Contexto familiar del paciente
(El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en el cuidado al paciente y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste)
Resultados de aprendizaje

33.
Solicitar y valorar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.

Conteste "1" si está plenamente en desacuerdo y "9" para plenamente de acuerdo.

DESACUERDO			NI ACUERDO, NI DESACUERDO			ACUERDO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Desea hacer algún comentario o aclaración al respecto?

24

Aviso Legal

Ilustración 9. Web cuestionario electrónico (ejemplo de la escala valorativa ordinal tipo Likert con apartado para aportaciones libres).

Para analizar la opinión grupal y el tipo de consenso alcanzado se empleó la posición de la mediana de las puntuaciones del grupo y el nivel de concordancia alcanzado por los encuestados según el siguiente criterio: un ítem se consideró consensuado cuando existió "concordancia" de opinión en el panel; esto es, cuando los expertos que puntuaron fuera de la región de tres puntos que contenía la mediana ([1-3], [4-6], [7-9]) fueron menos de la tercera parte de los encuestados. Así, el valor de la mediana determinaba el consenso grupal alcanzado como "desacuerdo" mayoritario con el ítem, si la mediana ≤ 3 , o "acuerdo" mayoritario con el ítem si la mediana ≥ 7 . Los ítems con casos en la región

4-6, fueron considerados ítems "dudosos". Se consideró "discordancia" de criterio en el panel cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas estaban en la región [1-3], y de otro tercio o más en la región [7-9].

En sentido estricto, las mediciones Likert son de escala ordinal (no interválica), por lo que no resulta posible determinar si la diferencia entre la puntuación 8 y 9 es necesariamente la misma que entre 7 y 8, y por tanto, deberían ser estadísticamente descritas mediante medidas de centralización y dispersión no paramétricas (mediana y cuartiles de distribución). Sin embargo, se puede defender que el cálculo de las medias aritméticas de las puntuaciones obtenidas con paneles como los de este estudio y con una escala de medición suficientemente discriminativa de las diferencias de opinión (9 puntos), sirva para la construcción de un ranking orientador de la prioridad relativa concedida por los expertos a cada ítem. Este argumento tiene respaldo en algún informe técnico ¹¹²que, a pesar de no disponer de una teoría justificativa para la "escalabilidad" de las puntuaciones Likert, considera que, en la práctica, las mediciones de este instrumento pueden proporcionar la base para una primera ordenación del grado o nivel medio alcanzado por el grupo en la característica medida con la escala (en nuestro caso, el grado de apoyo a cada resultado de aprendizaje).

Capítulo 6: Resultados

6.1. Composición del panel y resultados globales del consenso alcanzado.

El panel participante en este consenso fue de procedencia internacional (n=70), compuesto por algo más de la mitad de los expertos españoles (38) y el resto (32) procedentes de distintos países del ámbito geográfico latinoamericano y Portugal. (Figura 1)

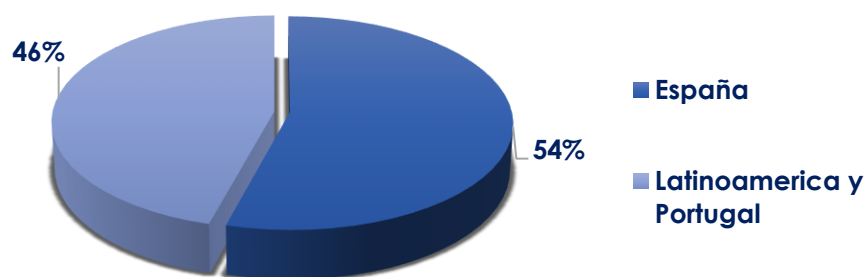


Figura 1. Composición del panel experto (n=70)

A continuación, se muestra la distribución geográfica de las respuestas obtenidas, así como el perfil de los expertos participantes

Para visualizar mejor, el panorama de acuerdo con regiones, en América Latina se cuenta con respuesta de 30 expertos mientras que en España y Portugal pertenecientes a la Unión Europea cuenta con 40 repuestas. (Figura 2)

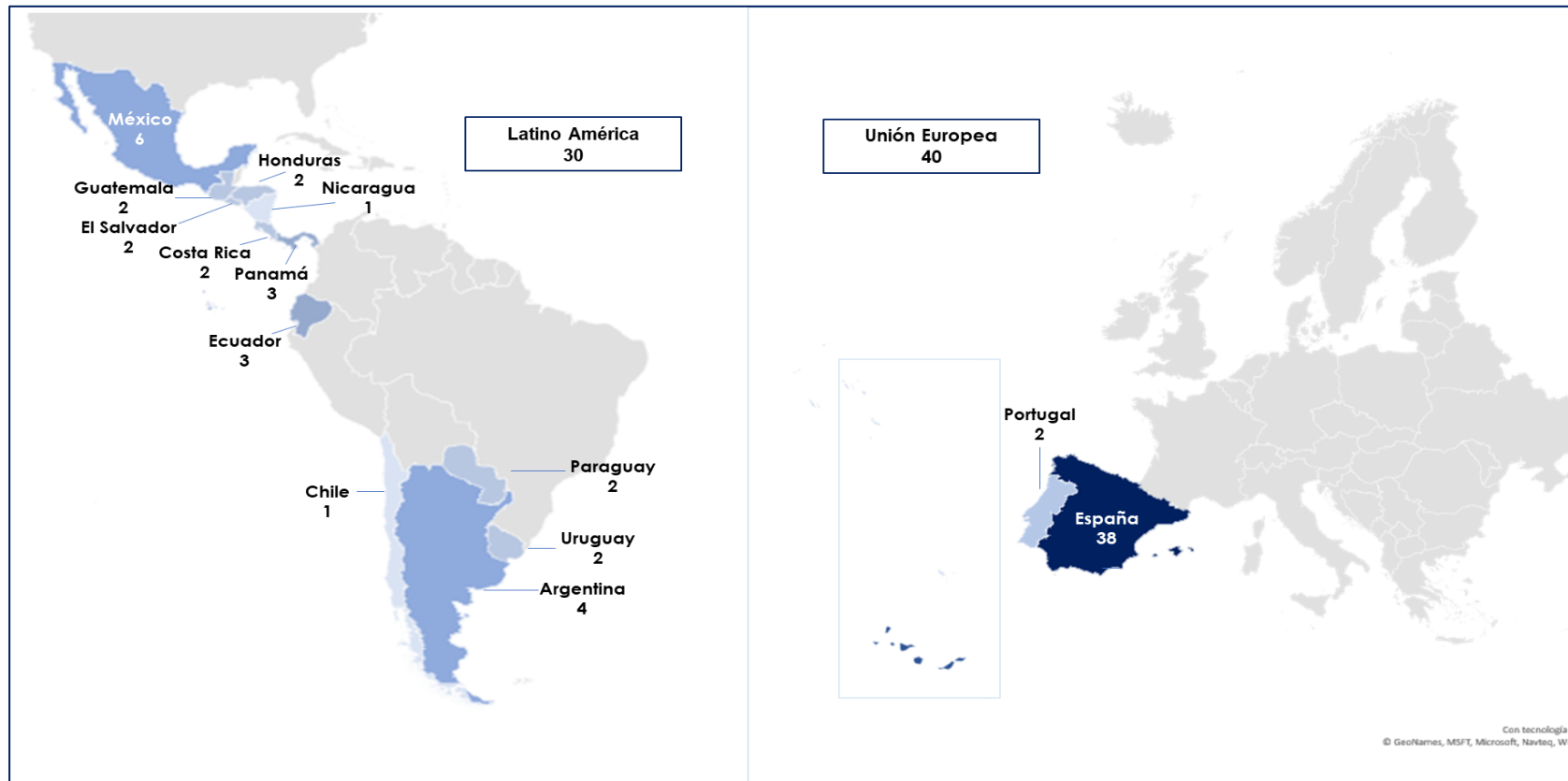


Figura 2. Respuesta de la encuestas, Latinoamérica y países de la Unión Europea

Como se puede observar en la figura 3 en América Latina, el país con mayor número de respuestas corresponde a la República Mexicana con un número de 6, mientras que el de menor número se encuentra Nicaragua y Chile con 1.



Figura 3. Respuesta del consenso de Enfermería en América-Latina

En la figura 4 se muestra en España que, la comunidad autónoma con mayor número de expertos que participan en la investigación corresponde a Madrid (13), seguido de Cataluña (8) y Andalucía (3). En la Figura 5, se muestran los resultados por provincia.



Figura 4. Respuesta del consenso de Enfermería por Comunidades Autónomas de España

Con relación al nivel académico de los encuestados, en la figura 5 se observa una mayor proporción de los expertos con Doctorado, que suponen un 54%.

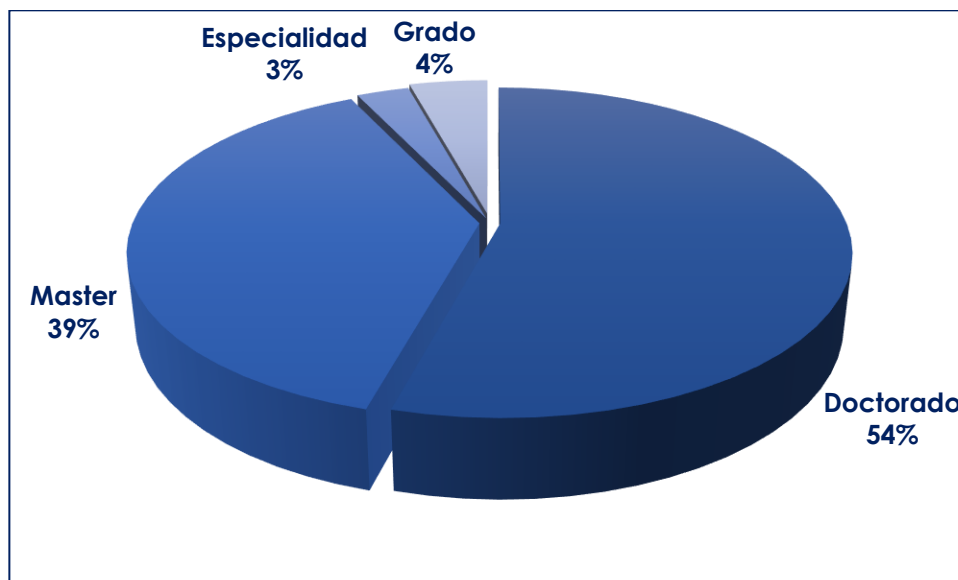


Figura 5. Perfil académico de los expertos

En la figura 6, se muestra que, el 82,9% de los expertos pertenecen al ámbito de la docencia, seguido del área de gestión (30,0%). Cabe señalar que un experto puede estar ubicado en uno o más puestos de trabajo, por ello, el sumatorio de porcentaje supera el 100%.

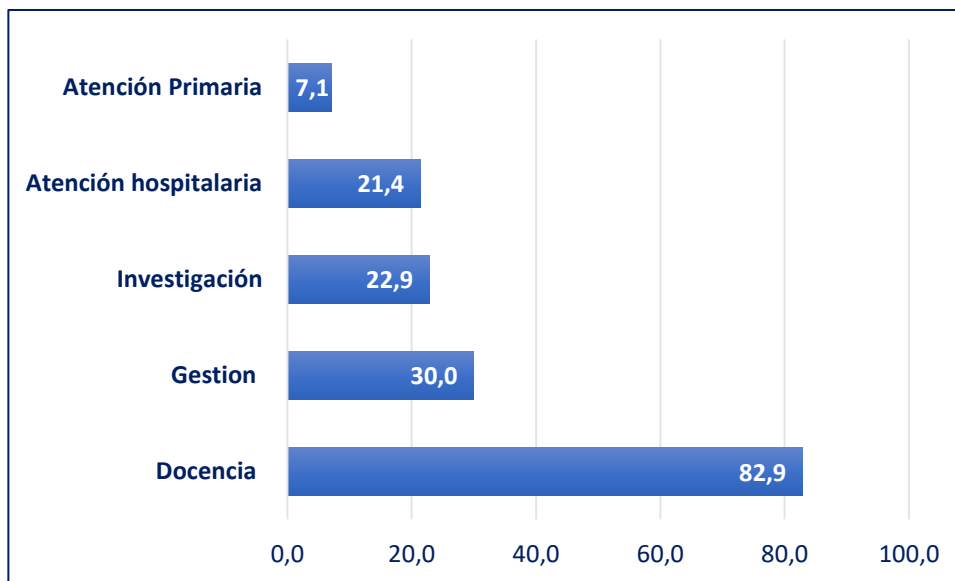


Figura 6. Puesto de trabajo que desempeña el experto

El porcentaje corresponde al total de los expertos encuestados, un experto puede estar ubicado en uno o más puestos de trabajo.

De acuerdo con los puestos que desempeñan los expertos, el 65,91% trabajan en el ámbito público, los datos se muestran en la figura 7.

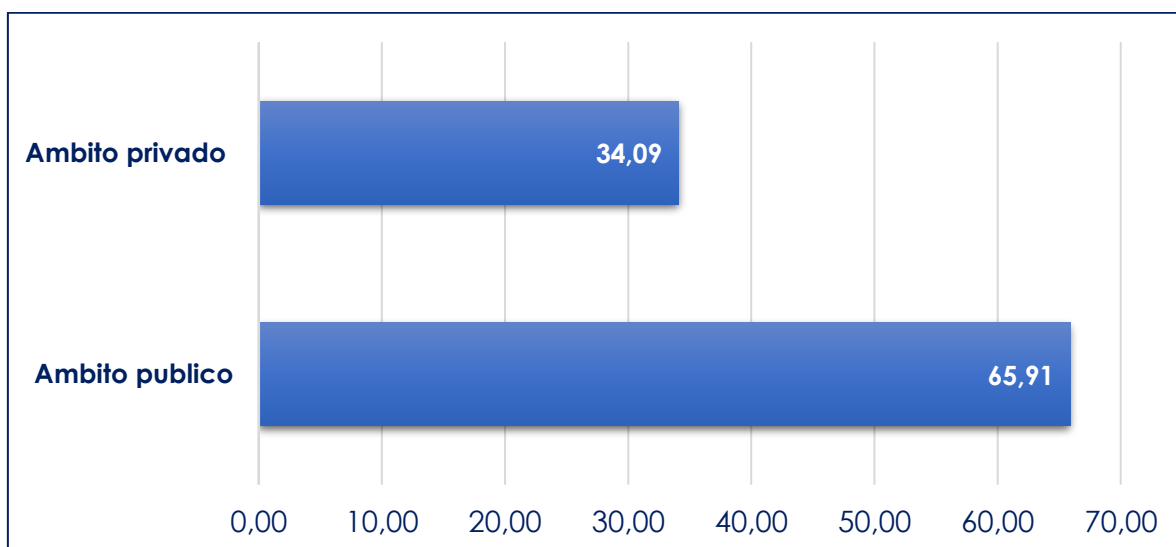


Figura 7. Tipo de sector en el que desempeña su trabajo

La mayor parte de los expertos son mujeres (80%) tal y como aparece en la figura 8.

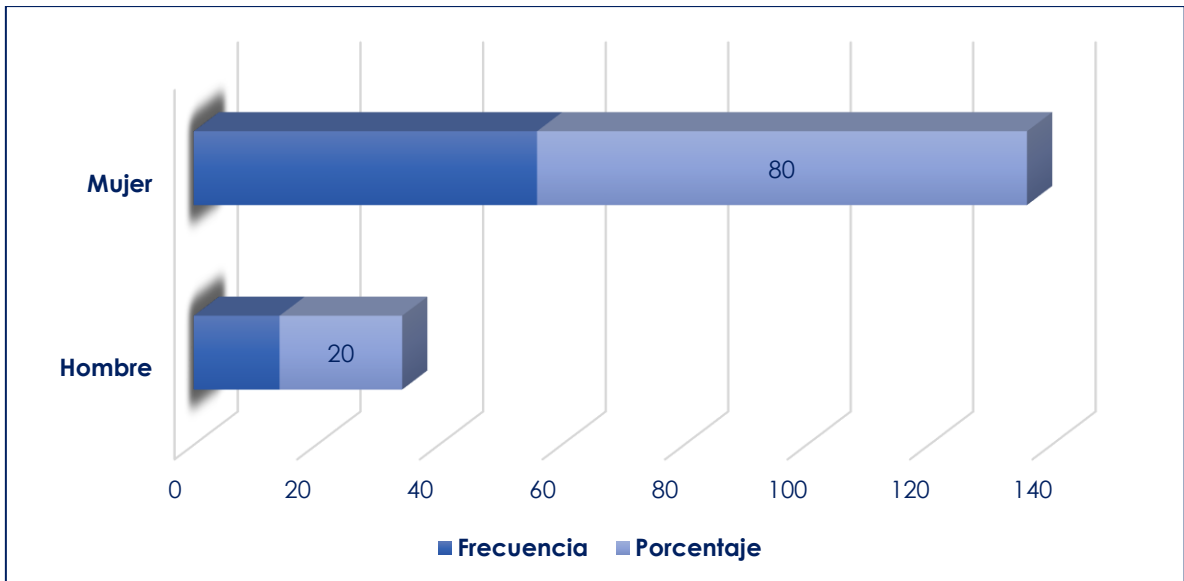


Figura 8. Género

En la figura 9 se muestra los años de experiencia que tienen los expertos en los puestos de trabajo, con un mayor número de años de experiencia en Hospitalización (49,28%) y gestión (42,86%), mientras que en atención primaria el 40,00% no cuenta con experiencia.

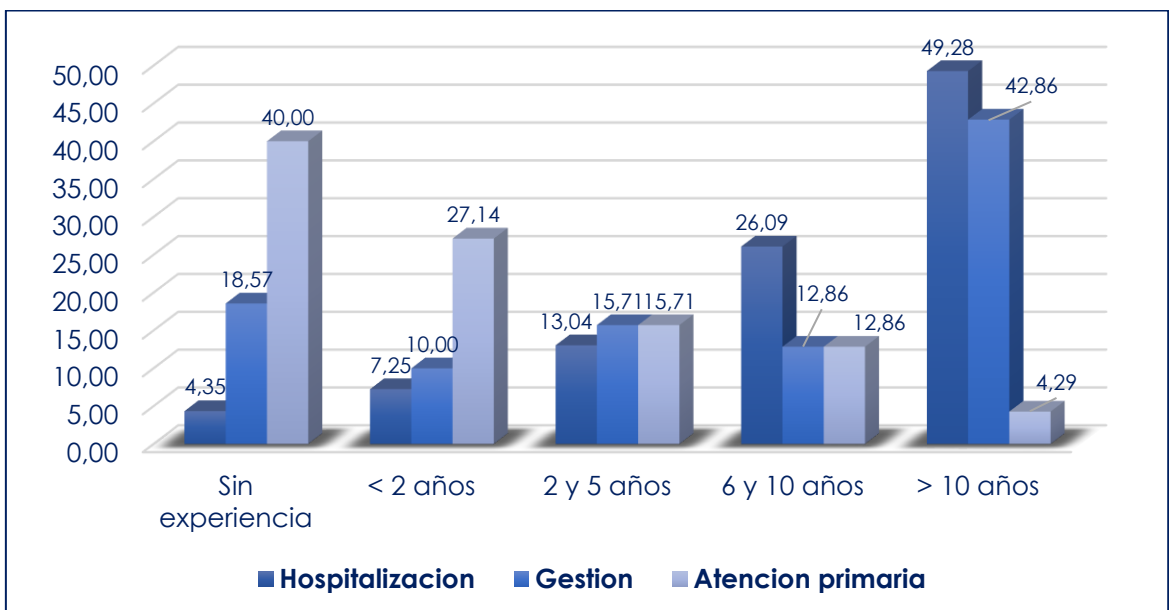


Figura 9. Experiencia laboral de los expertos.

En la figura 10, se muestra como en los tres ámbitos de estudio, tanto para docentes universitarios (70,0%), docentes de prácticas clínicas (37,1%) y docentes que se dirigen a profesionales sanitarios (54,3%), superan los 10 años de experiencia

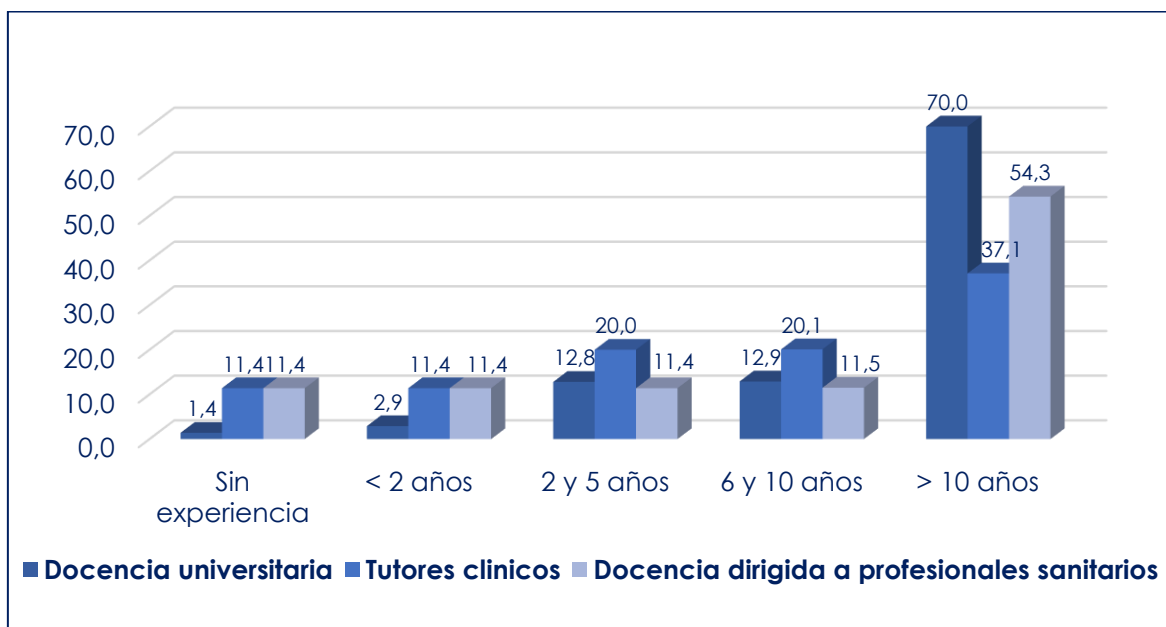


Figura 10. Experiencia docente de los expertos.

En la figura 11 se muestra la producción científica de los expertos que resulta significativa en más de tres cuartas partes del panel. Cabe señalar que un experto puede estar ubicado en una o en las tres de las variables presentadas como indicadores de producción científica, por ello, el porcentaje sumatorio supera el 100%.

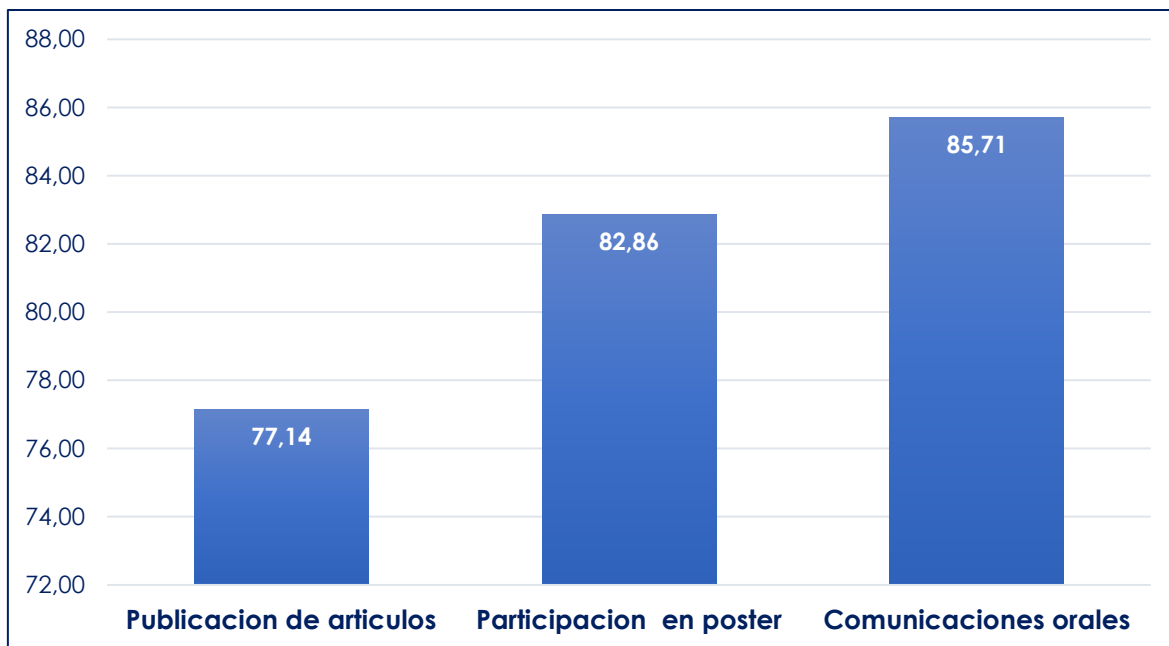


Figura 11. Producción científica de los expertos.

6.1.1. Resultados globales del consenso alcanzado

El panel, globalmente considerado (España, Portugal y Latinoamérica), alcanzó un acuerdo suficiente en la primera ronda de encuesta, según los criterios de consenso preestablecidos, respecto a los 68 objetivos de aprendizaje propuestos para evaluación por el Comité Científico, según se recoge en el ANEXO 1.

En dicho anexo se detalla, para cada ítem valorado, la media aritmética y mediana de las puntuaciones del panel, la proporción de expertos que votaron fuera de la región de tres puntos que incluye la mediana (en contra de la mayoría del grupo) y el rango intercuartílico como medida de la variabilidad de puntuaciones del panel.

Dado el alto y suficiente nivel de consenso alcanzado en la primera ronda, el Comité Científico consideró metodológicamente innecesario realizar una segunda ronda de encuesta, para la que no habrían quedado cuestiones pendientes de matizar o dirimir.

Se recibieron aportaciones con sugerencias de distinta naturaleza (semánticas, sintácticas, localismos lingüísticos, en apoyo o matización de las propuestas,). Este set de aportaciones fue tomado en consideración por el Comité Científico para la formulación de la versión final del cuestionario.

6.2. Diferencias en el grado de apoyo experto de los distintos ítems, de acuerdo con las puntuaciones medias otorgadas por el panel.

El siguiente figura, muestra, visualmente ordenadas en la secuencia original con las que se presentaban en la encuesta, las puntuaciones promedio de cada ítem, acompañado del intervalo de confianza al 95% de la puntuación media, como medida teórica de la precisión de los valores calculados respecto a una población virtual que incluyese a todos los expertos que podrían haber aportado su opinión en este proyecto (y considerando a nuestro panel como una muestra aleatoria representativa de dicha población).

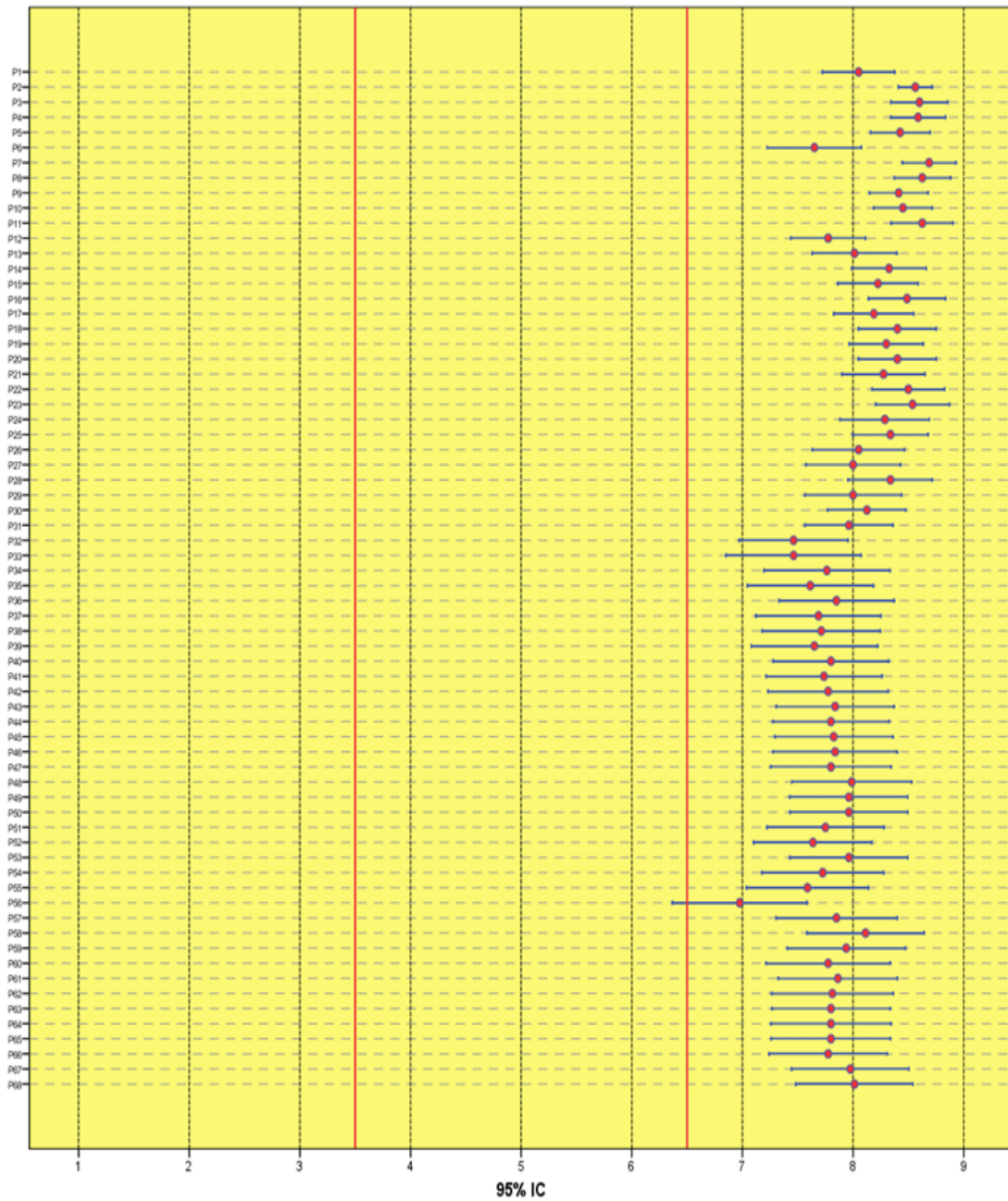


Figura 12. Puntuación media (e intervalo de confianza al 95%) otorgada por el panel a cada ítem.

En la figura 12 se puede constatar que todas las medias, excepto la del ítem 56, se posicionan claramente dentro de la región del acuerdo (7-9 puntos). Otros dos ítems (32 y 33), con medias de menor valor al resto de la serie, prolongan los límites inferiores de sus IC95% por debajo de la puntuación crítica 7.

No obstante, de acuerdo con los criterios de consenso convencionales, todos los ítems de la encuesta, incluidos estos tres de menor puntuación media, pueden considerarse como avalados por un consenso grupal suficiente del panel. La figura muestra, en cualquier caso, el grado de apoyo diferencial que cada ítem logró del panel

Los tres ítems con menor grado de apoyo, comentados más arriba, fueron:

- **Ítem 32:** “Ofrecer al paciente la opción de que participen en la toma de decisiones terceras personas (colegas, familiares)”.
- **Ítem 33:** “Solicitar y valorar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.
- **Ítem 56:** “Comunicar telefónicamente con pacientes atendiendo a las demandas específicas y adaptaciones comunicacionales que este medio requiere”.

En las figuras 13, 14 y 15, se detalla la distribución de votos de los panelistas en estos tres casos.

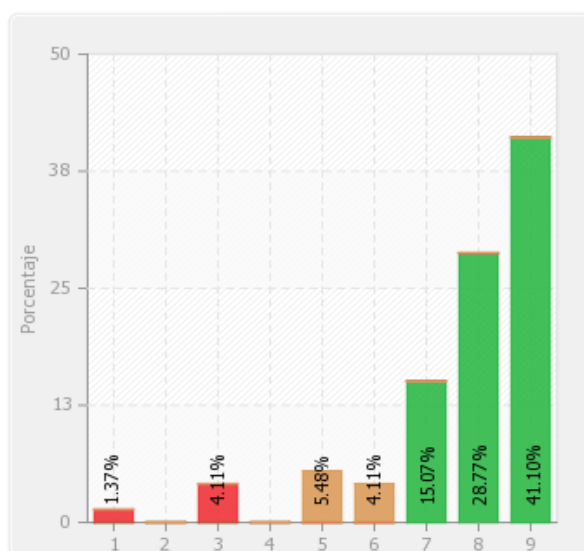


Figura 13. Distribución del posicionamiento de los expertos en el ítem nº 32 con menor puntuación media del panel. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).

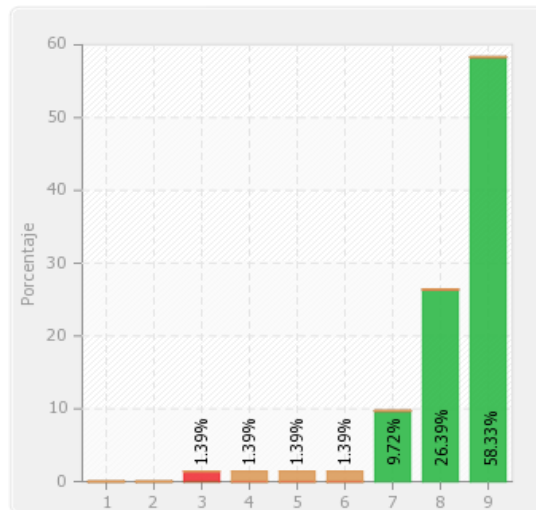


Figura 14. Distribución del posicionamiento de los expertos en el ítem nº33 con menor puntuación media del panel. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).

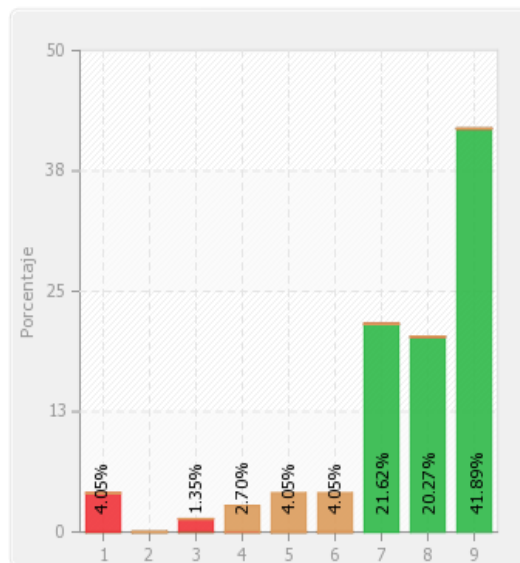


Figura 15. Distribución del posicionamiento de los expertos en el ítem nº56 con menor puntuación media del panel. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).

En la figura 16, se resume la puntuación media alcanzada de forma agrupada por el panel en cada apartado de la encuesta, esto es, calculando la media aritmética de las puntuaciones medias de todos los ítems que componen cada apartado.

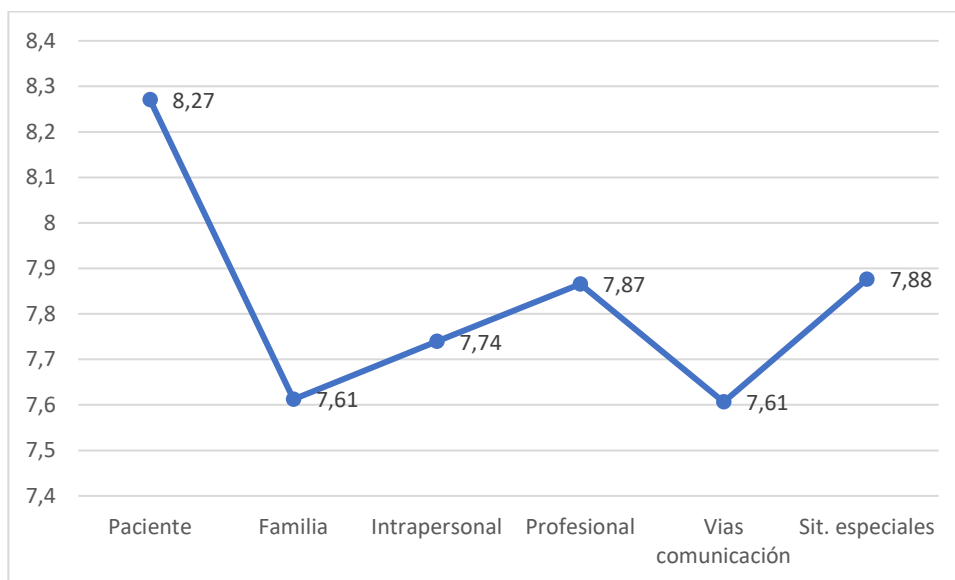


Figura 16. Puntuación media otorgada por el panel a las agrupaciones de ítems que componen cada apartado temático del cuestionario.

En la gráfica se puede apreciar como los objetivos de aprendizaje referidos a la comunicación enfermera-paciente alcanzaron el mayor grado de apoyo del panel, seguidos por los objetivos de aprendizaje referidos a la comunicación profesional (intra e interprofesional) y por los objetivos de aprendizaje relacionados con la comunicación en situaciones especiales y contextos específicos, particularmente relevantes en el cuidado enfermero.

6.3. Propuesta de un core curriculum de objetivos de aprendizaje prioritarios sobre comunicación para el grado en enfermería.

En la tabla 5, se recogen los ítems que alcanzaron un mayor grado de acuerdo del panel y que se proponen como resultados nucleares del consenso, esto es, aquellos resultados de aprendizaje que podrían ser considerados prioritarios para su aplicación en los centros universitarios, si la limitación de recursos y las posibilidades de actuación sugieren discriminar a que dedicar preferentemente los esfuerzos en esta materia.

Para identificar estos ítems se ha usado como criterio de selección el que la puntuación media se incluya el cuartil superior de la distribución de medias alcanzadas por todos los ítems. Esto es, se incluyen en la propuesta los 17 ítems con puntuación media superior al valor del percentil 75 de dicha distribución de medias (8,306).

Nº	Cat	Ítems consensuados con puntuación media >8,306 (>percentil 75)	Media
P2	A	Reconocer los mecanismos a través de los cuales la comunicación clínica influye en los resultados de salud (Demostrar amabilidad, empatía, interés, escucha activa, satisfacción, autoeficacia percibida, confianza, aumento de la adherencia, empatía)	8,56
P3	A	Realizar una entrevista clínica personalizada integrando los contenidos propios del contexto enfermero con las habilidades de comunicación y relación.	8,60
P4	A	Establecer una relación enfermero-paciente en la que el paciente se sienta cómodo y escuchado en sus necesidades.	8,59
P5	A	Percibir el lenguaje no verbal (mímica, quinésica, proxémica y tactésica) del paciente y responder de forma adecuada al contexto	8,43
P7	A	Aplicar habilidades sociales para recibir a los pacientes que fomenten el establecimiento de una relación efectiva, (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo, sonreír...).	8,69
P8	A	Aplicar habilidades sociales para despedir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (despedir cordialmente, acompañar, agradecer...)	8,63

Nº	Cat	Ítems consensuados con puntuación media >8,306 (>percentil 75)	Media
P9	A	Reconocer las emociones del paciente en los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)"	8,41
P10	A	Responder empáticamente (explorar el origen de las emociones, entenderlas y comunicar la comprensión) a las emociones del paciente en situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.	8,45
P11	A	Establecer con el paciente una relación basada en el respeto y consideración de a sus derechos, autonomía, creencias, valores e individualidad como ser humano.	8,63
P14	A	Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (parafrasear, facilitar el discurso, mostrar baja reactividad, captar pistas, resumir...)	8,33
P16	A	Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se propone hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).	8,49
P18	A	comunicar adecuadamente los riesgos y molestias al paciente, durante el cuidado de enfermería).	8,40
P20	A	Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando términos técnicos.	8,40

Nº	Cat	Ítems consensuados con puntuación media >8,306 (>percentil 75)	Media
P22	A	Explicar al paciente, beneficios, riesgos y resultados esperados de las intervenciones derivadas del proceso de atención de enfermería	8,50
P23	A	Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas,	8,54
P25	A	Transmitir la información relacionada con el cuidado enfermero, de manera adaptada al grado de tolerancia y necesidades del paciente	8,34
P28	A	Explorar la disposición y capacidad del paciente (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) para facilitar su implicación en el proceso de cuidado	8,34

Tabla 4. Núcleo central de competencias comunicacionales para enfermería (resultados de aprendizaje que alcanzaron el mayor grado de acuerdo)

Los 17 ítems seccionados mediante este criterio como prioritarios pertenecen todos ellos al bloque inicial de la encuesta, esto es, al apartado de “Comunicación con el paciente (diada)”, con la distribución que se muestra en la siguiente gráfica.



Figura 17. Distribución por áreas competenciales de los ítems que constituyen el núcleo central de OA comunicacionales para los estudios de Enfermería.

6.4. Análisis de las diferencias de criterio entre los expertos españoles y latinoamericanos/Portugal sobre los resultados de aprendizaje comunicacionales propuestos.

En los Anexos 2 y 3 se muestran los resultados estadísticos que permiten valorar el grado de consenso alcanzado por separado, detallando las puntuaciones a cada ítem para el subpanel de expertos españoles y para el subpanel de expertos de Latinoamérica y Portugal. En ambos casos y considerados individualmente, los dos grupos expertos habrían alcanzado el consenso completo sobre la totalidad de los ítems propuestos, con distintas puntuaciones locales en algunos casos.

La tabla 5 presenta el resultado de un análisis estadístico de comparación de las opiniones agregadas sobre cada ítem entre ambos subpaneles. Se muestran en ella las puntuaciones medias alcanzadas por cada panel en cada ítem, así como los valores y la significación estadística obtenidos de aplicar en cada caso una prueba de contraste de hipótesis t de Student sobre las diferencias en dichas medias. Se asumió la hipótesis nula de no diferencias entre grupos y se empleó un nivel de significación del 95%. Se comprobó previamente, en cada caso, mediante un test de Levene, la homogeneidad o no de varianzas de las puntuaciones entre ambos grupos de comparación.

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P1	España	7,72	1,83	-2,34	0,02	-0,71	-1,32	-0,10
	Latinoamérica	8,43	0,73					
P2	España	8,47	0,80	-1,41	0,16	-0,21	-0,51	0,09
	Latinoamérica	8,68	0,53					
P3	España	8,56	1,40	-0,35	0,73	-0,09	-0,61	0,43
	Latinoamérica	8,65	0,79					
P4	España	8,44	1,45	-1,35	0,18	-0,31	-0,78	0,15
	Latinoamérica	8,76	0,43					
P5	España	8,42	1,48	-0,05	0,96	-0,01	-0,56	0,53
	Latinoamérica	8,43	0,80					
P6	España	7,70	2,16	0,24	0,81	0,10	-0,75	0,96
	Latinoamérica	7,59	1,61					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P7	España	8,63	1,40	-0,53	0,60	-0,13	-0,61	0,35
	Latinoamérica	8,76	0,49					
P8	España	8,58	1,42	-0,36	0,72	-0,09	-0,61	0,42
	Latinoamérica	8,68	0,75					
P9	España	8,49	1,47	0,61	0,54	0,16	-0,37	0,70
	Latinoamérica	8,32	0,78					
P10	España	8,42	1,48	-0,25	0,80	-0,07	-0,60	0,47
	Latinoamérica	8,49	0,73					
P11	España	8,47	1,65	-1,31	0,20	-0,35	-0,87	0,18
	Latinoamérica	8,81	0,46					
P12	España	7,60	1,80	-1,13	0,26	-0,37	-1,02	0,28
	Latinoamérica	7,97	1,07					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P13	España	7,72	2,21	-1,76	0,08	-0,63	-1,35	0,09
	Latinoamérica	8,35	0,75					
P14	España	8,19	1,95	-0,88	0,38	-0,30	-0,98	0,38
	Latinoamérica	8,49	0,73					
P15	España	8,19	2,00	-0,23	0,82	-0,08	-0,82	0,65
	Latinoamérica	8,27	1,07					
P16	España	8,37	1,95	-0,71	0,48	-0,25	-0,95	0,45
	Latinoamérica	8,62	0,92					
P17	España	8,19	1,98	-0,01	0,99	0,00	-0,73	0,73
	Latinoamérica	8,19	1,10					
P18	España	8,21	1,96	-1,17	0,24	-0,41	-1,11	0,29
	Latinoamérica	8,62	0,92					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P19	España	8,16	1,95	-0,88	0,38	-0,30	-0,97	0,38
	Latinoamérica	8,46	0,69					
P20	España	8,35	1,97	-0,31	0,76	-0,11	-0,82	0,60
	Latinoamérica	8,46	0,96					
P21	España	7,98	2,20	-1,85	0,07	-0,64	-1,35	0,06
	Latinoamérica	8,62	0,59					
P22	España	8,26	1,95	-1,73	0,09	-0,53	-1,14	0,09
	Latinoamérica	8,78	0,42					
P23	España	8,42	1,93	-0,77	0,45	-0,26	-0,92	0,41
	Latinoamérica	8,68	0,71					
P24	España	7,93	2,37	-2,07	0,04	-0,77	-1,52	-0,02
	Latinoamérica	8,70	0,57					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P25	España	8,09	1,99	-1,65	0,11	-0,53	-1,17	0,11
	Latinoamérica	8,62	0,64					
P26	España	7,77	2,30	-1,53	0,13	-0,61	-1,41	0,19
	Latinoamérica	8,38	1,16					
P27	España	7,65	2,33	-1,85	0,07	-0,75	-1,57	0,06
	Latinoamérica	8,41	1,21					
P28	España	8,12	2,24	-1,33	0,19	-0,48	-1,20	0,24
	Latinoamérica	8,59	0,69					
P29	España	7,88	2,33	-0,57	0,57	-0,25	-1,13	0,63
	Latinoamérica	8,14	1,46					
P30	España	8,09	1,99	-0,19	0,85	-0,07	-0,78	0,64
	Latinoamérica	8,16	0,96					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P31	España	8,00	2,05	0,20	0,84	0,08	-0,72	0,88
	Latinoamérica	7,92	1,44					
P32	España	7,51	2,40	0,21	0,83	0,11	-0,88	1,10
	Latinoamérica	7,41	1,98					
P33	España	7,44	2,93	-0,07	0,94	-0,04	-1,27	1,19
	Latinoamérica	7,49	2,53					
P34	España	7,53	2,92	-0,88	0,38	-0,49	-1,60	0,62
	Latinoamérica	8,03	2,05					
P35	España	7,49	2,88	-0,47	0,64	-0,27	-1,42	0,88
	Latinoamérica	7,76	2,15					
P36	España	7,70	2,58	-0,63	0,53	-0,33	-1,38	0,72
	Latinoamérica	8,03	2,05					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P37	España	7,33	2,82	-1,38	0,17	-0,78	-1,91	0,34
	Latinoamérica	8,11	2,13					
P38	España	7,60	2,63	-0,43	0,67	-0,23	-1,31	0,84
	Latinoamérica	7,84	2,13					
P39	España	7,40	2,92	-0,98	0,33	-0,55	-1,67	0,57
	Latinoamérica	7,95	2,08					
P40	España	7,70	2,60	-0,42	0,68	-0,22	-1,27	0,83
	Latinoamérica	7,92	2,03					
P41	España	7,56	2,58	-0,73	0,46	-0,39	-1,44	0,66
	Latinoamérica	7,95	2,05					
P42	España	7,65	2,87	-0,49	0,63	-0,27	-1,36	0,83
	Latinoamérica	7,92	1,85					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P43	España	7,49	2,84	-1,48	0,14	-0,75	-1,78	0,27
	Latinoamérica	8,24	1,66					
P44	España	7,42	2,85	-1,63	0,11	-0,82	-1,83	0,18
	Latinoamérica	8,24	1,57					
P45	España	7,49	2,86	-1,41	0,16	-0,73	-1,75	0,30
	Latinoamérica	8,22	1,67					
P46	España	7,42	3,03	-1,70	0,09	-0,91	-1,97	0,16
	Latinoamérica	8,32	1,62					
P47	España	7,42	2,97	-1,58	0,12	-0,82	-1,87	0,22
	Latinoamérica	8,24	1,59					
P48	España	7,72	2,92	-1,10	0,27	-0,58	-1,62	0,47
	Latinoamérica	8,30	1,66					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P49	España	7,70	2,88	-1,11	0,27	-0,57	-1,61	0,46
	Latinoamérica	8,27	1,66					
P50	España	7,79	2,89	-0,72	0,48	-0,37	-1,41	0,66
	Latinoamérica	8,16	1,66					
P51	España	7,40	2,82	-1,51	0,14	-0,77	-1,78	0,25
	Latinoamérica	8,16	1,66					
P52	España	7,28	2,84	-1,50	0,14	-0,77	-1,80	0,25
	Latinoamérica	8,05	1,70					
P53	España	7,56	2,91	-1,71	0,09	-0,87	-1,89	0,14
	Latinoamérica	8,43	1,54					
P54	España	7,40	2,86	-1,33	0,19	-0,71	-1,78	0,35
	Latinoamérica	8,11	1,88					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P55	España	7,37	2,96	-0,87	0,39	-0,47	-1,53	0,60
	Latinoamérica	7,84	1,76					
P56	España	6,74	3,19	-0,84	0,41	-0,50	-1,69	0,69
	Latinoamérica	7,24	2,10					
P57	España	7,70	2,91	-0,59	0,55	-0,33	-1,43	0,77
	Latinoamérica	8,03	1,83					
P58	España	7,86	2,91	-1,07	0,29	-0,54	-1,56	0,47
	Latinoamérica	8,41	1,54					
P59	España	7,60	2,88	-1,40	0,17	-0,72	-1,75	0,31
	Latinoamérica	8,32	1,63					
P60	España	7,49	3,00	-1,14	0,26	-0,62	-1,70	0,46
	Latinoamérica	8,11	1,79					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P61	España	7,49	2,88	-1,56	0,12	-0,81	-1,84	0,22
	Latinoamérica	8,30	1,66					
P62	España	7,49	3,00	-1,32	0,19	-0,70	-1,76	0,36
	Latinoamérica	8,19	1,63					
P63	España	7,40	2,86	-1,71	0,09	-0,87	-1,89	0,14
	Latinoamérica	8,27	1,61					
P64	España	7,53	2,86	-1,05	0,30	-0,57	-1,66	0,52
	Latinoamérica	8,11	1,85					
P65	España	7,44	2,89	-1,49	0,14	-0,77	-1,81	0,26
	Latinoamérica	8,22	1,67					
P66	España	7,40	2,89	-1,60	0,12	-0,82	-1,85	0,21
	Latinoamérica	8,22	1,62					

Ítem	Grupo Experto	Media	Desv. típ.	Prueba t	p (bilateral)	Dif. medias	LS IC95%	LI IC95%
P67	España	7,70	2,87	-1,17	0,25	-0,60	-1,62	0,42
	Latinoamérica	8,30	1,63					
P68	España	7,65	2,90	-1,54	0,13	-0,78	-1,80	0,23
	Latinoamérica	8,43	1,52					

Tabla 5. Análisis de las diferencias de puntuación otorgadas entre el panel experto español y el latinoamericano a los OA propuestos (resultados y significación de la prueba t de Student para la comparación de medias).

En la tabla se aprecia cómo, en la mayoría de los ítems, las puntuaciones medias de grado de acuerdo de los paneles con los OAs propuestos, fueron mayoritariamente superiores entre los expertos latinoamericanos (diferencias de medias expresadas en la tabla con valor negativo). Solo en 4 de los 68 ítems, los expertos españoles expresaron un mayor grado de acuerdo que sus colegas extranjeros (los números 6, 9, 31 y 32, en los que se obtuvieron diferencias de medias de valor positivo). En otro ítem más (número 12) ambos grupos puntuaron de manera idéntica.

Los anteriores ítems, corresponden a los siguientes contenidos:

- **Ítem 9:** Reconocer las emociones del paciente en los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)"
- **Ítem 12:** Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).
- **Ítem 31:** Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión
- **Ítem 32:** Ofrecer al paciente la opción de que participen en la toma de decisiones terceras personas (colegas, familiares).

En cualquier caso, las diferencias, en uno u otro sentido, entre ambos grupos de expertos, no son de excesiva cuantía. Sólo en 2 de los ítems, los números 1 ($p=0,002$) y 24 ($p= 0,04$), los análisis confirmaron la significación estadística ($p<0,05$) de las divergencias entre paneles. En el resto del cuestionario, las diferencias apreciadas en la puntuación media entre ambos grupos, de mayor o menor rango, no alcanzaron el nivel mínimo de significación.

No obstante, hemos analizado los comentarios recibidos por los expertos en relación con estos ítems:

P9 Reconocer las emociones del paciente los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)"

Como se puede ver, dichos comentarios apoyan este ítem, si bien en alguno de ellos hace referencia a que "quizá sea un nivel muy elevado para los estudiantes de grado" o que pueda "requerir una formación específica"

P9 Reconocer las emociones del paciente los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)"

Es sumamente importante enseñarle y sensibilizar a las estudiantes que el ser humano tiene sentimientos y emociones y que estas si no son bien manejadas afectan la salud física y mental.

Es necesario que el profesional aprenda a manejar situaciones difíciles y conflictos

Aunque estoy plenamente de acuerdo, quizá sea un nivel muy elevado para los estudiantes de grado

Fundamental esto...

Reconocer para referir a especialistas en caso necesario

Sin embargo, se requiere de un ámbito de formación específico.

El conocer, hace que no se emitan juicios de valor... Es posible que el otro lllore porque ese sitio le evoca una experiencia única... Es posible,

que muestre enfado, porque no fue capaz de decir un no, ante determinada circunstancia...

Es muy importante para un tratamiento oportuno, si la enfermedad ya se instaló o la prevención si fuera posible

Este reconocimiento de situaciones la enfermera tiene que trabajar en conjunto con el psicólogo y sociólogo

En el caso del **P17** Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta donde desea saber para entregar la información que realmente requiere o quiera darse.

En este los comentarios también apoyan en líneas generales el ítem, si bien en dos de ellos matizan que tal vez se trate de un resultado de aprendizaje que pueda alcanzarse en cursos avanzados:

- “Solo alcanzable al final de cuarto curso”
- “Depende de contexto clínico y la fase de aprendizaje del estudiante”

P17 Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta donde desea saber para entregar la información que realmente requiere o quiera darse.

La valoración incluye sus conocimientos y experiencias respecto a su problema de salud

Plenamente de acuerdo, pero solo alcanzable al final de cuarto curso

La confidencialidad se debe mantener siempre, es subjetivo, estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema

No hablar de más, ni tampoco callar cierta información que puede apoyar la operativización del plan de cuidados... Ofrecer información justa, en el momento correcto y de forma adecuada...

Es importante para manejar el conocimiento del paciente para dar un tratamiento oportuno

Depende de contexto clínico y la fase de aprendizaje del estudiante

Estamos en el tercer milenio y todavía encontramos pacientes adulto joven que no saben ni leer ni escribir, siempre hay que preguntar

Los comentarios en relación con el P24 Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información son comentarios que apoyan la importancia del ítem, así como la necesidad de trabajo en equipo.

P24 Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información.

Esto se llama principio de beneficencia: no hacer daño. Si el est reconoce que no es capaz su compromiso consigo misma y el pte es decírselo a la enfermera.

Entender los límites de la profesión es totalmente necesario

O a la enfermera en el caso de los estudiantes de los primeros cursos

La competencia no formaría parte del proceso comunicación/relación

Muy importante

Cuando exceda el nivel de competencia y cuando la competencia no corresponda al marco profesional de la disciplina

Reconocer que no todo puede ser resuelto por el profesional de enfermería, facilita el trabajo en equipo, sin entrar en conflictos territoriales, donde prevalece un objetivo en común...paciente informado, satisfecho, recuperado y rehabilitado...

Por ejemplo, paciente sordo mudo

Siempre que sea necesario el trabajo en equipo es fundamental

En cuanto al ítem **P31** “Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión”

Los comentarios, igual que en los anteriores, refuerzan la redacción del ítem, y en este caso dan relevancia también a la importancia de la toma de decisiones. Tan solo el comité científico destaca el siguiente comentario, en el que, aunque habla de la importancia mencionada para este ítem, lo considera algo general para ser evaluado”

“La participación del paciente en la toma de decisiones precisa un cambio en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una relación más colaborativa, por ello, se respeta la decisión del paciente, esto permite ejercer la autonomía y lo que constituye la ética imperativa. Sin embargo, este ítem lo considero algo general para ser evaluado”

P31 Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión.

Estas posibilidades deben hacerse antes de la toma de decisión
Sin que ello suponga un mensaje amenazador
Es parte de la información que debe ser proporcionada al paciente para la toma de decisiones.
La participación del paciente en la toma de decisiones precisa un cambio en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una relación más colaborativa, por ello, se respeta la decisión del paciente, esto permite ejercer la autonomía y lo que constituye la ética imperativa. Sin embargo, este ítem lo considero algo general para ser evaluado.
Bajo supervisión.
Entre más opciones existan... Entre más caminos se conozcan, mayor deseo habrá de llegar a la meta.

P32 Ofrecer al paciente la opción de que participen en la toma de decisiones terceras personas (colegas, familiares...)

Se enfatizará el derecho a la autonomía y toma de decisiones al paciente
La vida y la salud es un derecho personal.
Si solo sí, el paciente en cuestión está limitado por algún sentido, condición de salud o proceso personal para la toma de decisiones en materia de salud ...
Considero que es el paciente el que debe solicitar esta opción y no ofrecerlo antes.
La competencia no formaría parte del proceso comunicación/relación

Explicar al paciente la participación de terceras personas en la toma de decisiones en el cuidado de la salud
Depende del caso, no todos se prestarían
Bajo supervisión.
Ofrecer la opción, siempre y cuando se le informe de las ventajas e inconvenientes de esa colaboración y de que siempre, la decisión final la tomará él o ella (paciente).
Si el paciente tiene derechos y es un ser autónomo, debe dársele la posibilidad de participar en acciones que tengan que ver con el restablecimiento de su salud, indistintamente quien promueva la intervención...
Indicarle su derecho a realizar consultas si lo desea
Creo que este resultado no encaja del todo con la competencia planteada.
Ídem 26

Los ítems cuyas diferencias en las puntuaciones promedios de ambos paneles resultaron significativas, sombreados en amarillo en la columna “p (bilateral)” de la tabla, son los siguientes:

- **Ítem 1:** “Describir las diferentes habilidades comunicacionales (verbales y no verbales), o de relación necesarias para la elaboración de una historia de historia de necesidades de cuidados elaborada por enfermeras”.
- **Ítem 24:** “Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información”.

En las siguientes figuras se detalla la distribución de votos de los panelistas, según su grupo de procedencia, en estos dos casos.

P1 Describir las diferentes habilidades comunicacionales (verbales y no verbales), o de relación necesarias para la elaboración de una historia de necesidades de cuidados elaborada para enfermeras.

Creo que más que describir las habilidades comunicacionales se debe lograr el desarrollar las habilidades...

No creo que describir las habilidades sea suficiente para garantizar que se hayan adquirido

Uso de lenguaje correcto para acercarse al paciente y obtener información útil y actualizada requiere un gran conocimiento y empatía.

Es uno de los elementos claves para recoger la información con mayor veracidad

El desarrollo de la competencia se deberá centrar en el marco de un modelo conceptual enfermero.

No entiendo la pregunta. En la entrevista clínica no entiendo qué valor tiene describir las habilidades de comunicación o relación. Estas habilidades hay que conocerlas y/o tenerlas antes, pero no hay que describirlas en la entrevista.

El estudiante puede haber desarrollado habilidades comunicacionales, pero puede no identificar en algunos casos los datos para elaborar su plan de cuidados desconoce que indagar, se comunica, pero no consigue el objetivo

Las habilidades comunicacionales son importantes en la valoración integral del sujeto de cuidado, por ende, resulta ser clave para la realización del proceso de atención de Enfermería.

Sumamente importante como punto de partida

Creo que la formación en enfermería requiere un objetivo en un nivel más avanzado (análisis y crítica) que describir.

Separaría esta competencia en verbales y no verbales, ya que me parece muy amplio.

Considero sumamente importante la comunicación eficaz para elaborar una historia de necesidades de cuidados.

P6 Utilizar los registros de la historia clínica (papel/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que disminuya o evite la interferencia.

Creo que la redacción de este punto debería ser " Lee previo a la entrevista con el paciente los registros de historia clínica....."

Contar con herramientas que organicen y faciliten la recolección de información ayuda a mejorar la valoración

Esta cuestión no se entiende bien, es bueno utilizar estos registros antes para no preguntar de nuevo por algo que está en la historia, si se refiere a esto un 9, si es que estoy registrando a la vez que pregunto, con cuidado para no parecer indiferentes mirando todo el rato el ordenador

No comprendí el ítem

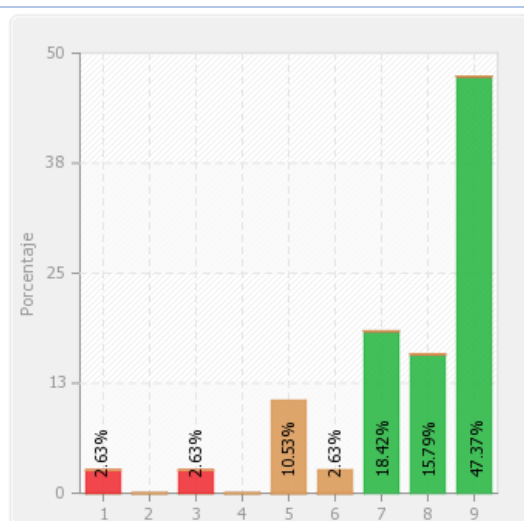
La legislación de varios países (México) dificulta la interferencia cuando el cuidado cuando documentar (redactar) es más significativo para el profesional del cuidado.

muchas veces la información registrada en el expediente clínico es insuficiente para reconocer problemas del paciente, si nos confiamos en la historia clínica podemos dejar pasar problemas

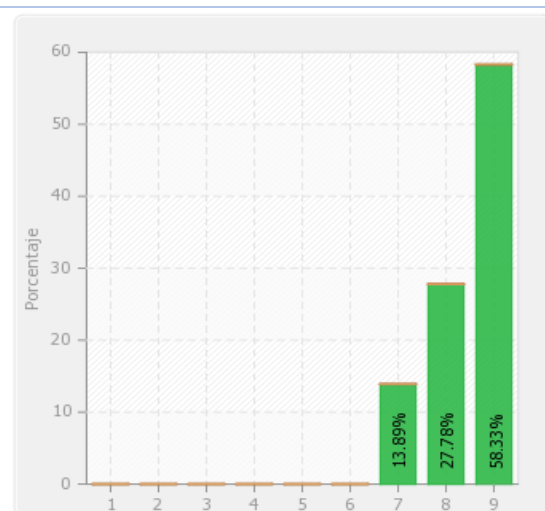
primero estaría el lenguaje verbal y no verbal

Son necesarios; facilitan el manejo de la información para la intervención oportuna.

No se entiende muy bien la redacción de este resultado.



Ítem 1: España



Ítem 1: Latinoamérica y Portugal

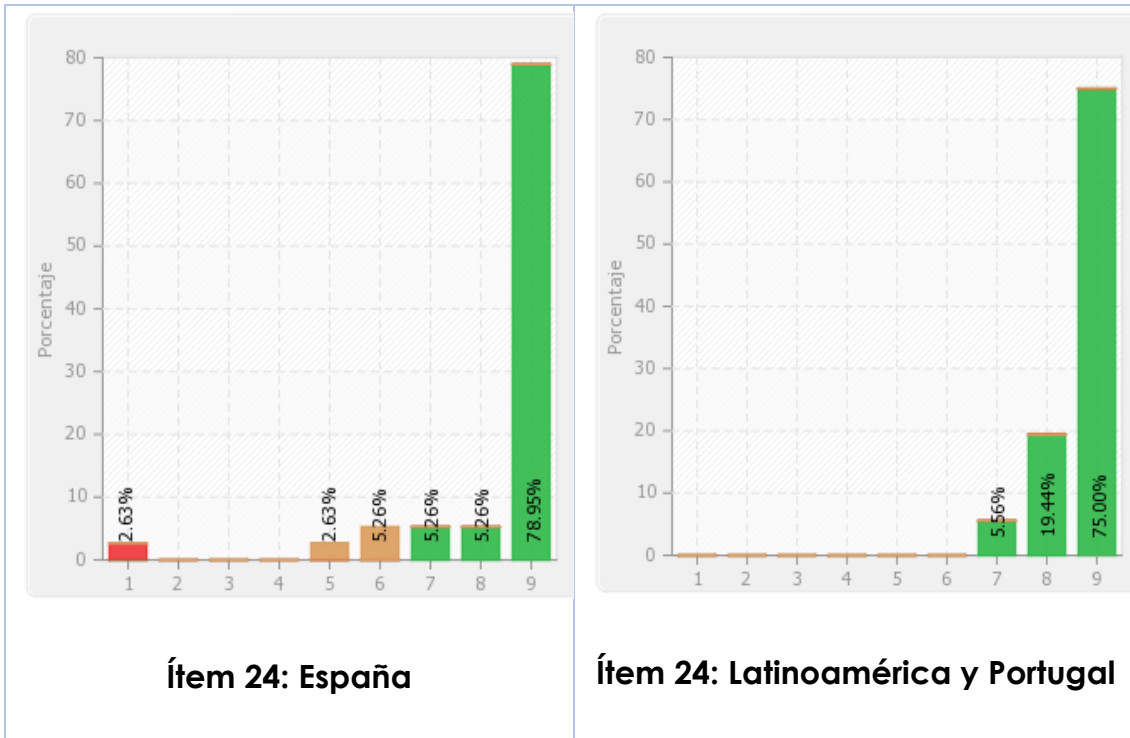


Figura 18. Diferencias en la distribución del posicionamiento de los expertos en los ítems 24, en los que se observaron diferencias significativas en el panel español y extranjero. (rango 1-9, en tres regiones: 1-3=bajo acuerdo; 4-6=medio; 7-9: alto acuerdo).

A continuación, en las gráficas nº19 a la nº 28, se detallan visualmente, por bloques y apartados del cuestionario, las diferencias de puntuación promedio entre el grupo español y el grupo latinoamericano ítem a ítem.

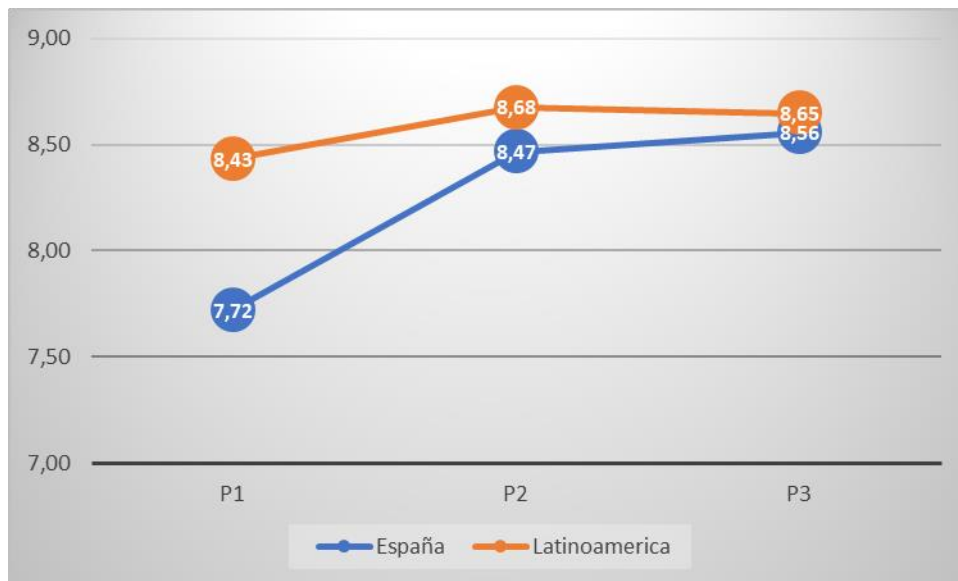


Figura 19. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.1. “Aspectos generales de la Entrevista Clínica con pacientes” (Reconocer el valor de la entrevista clínica para la elaboración del plan de cuidados conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes).

Nota: las diferencias apreciadas en el ítem 1 fueron significativas ($p=0,02$)

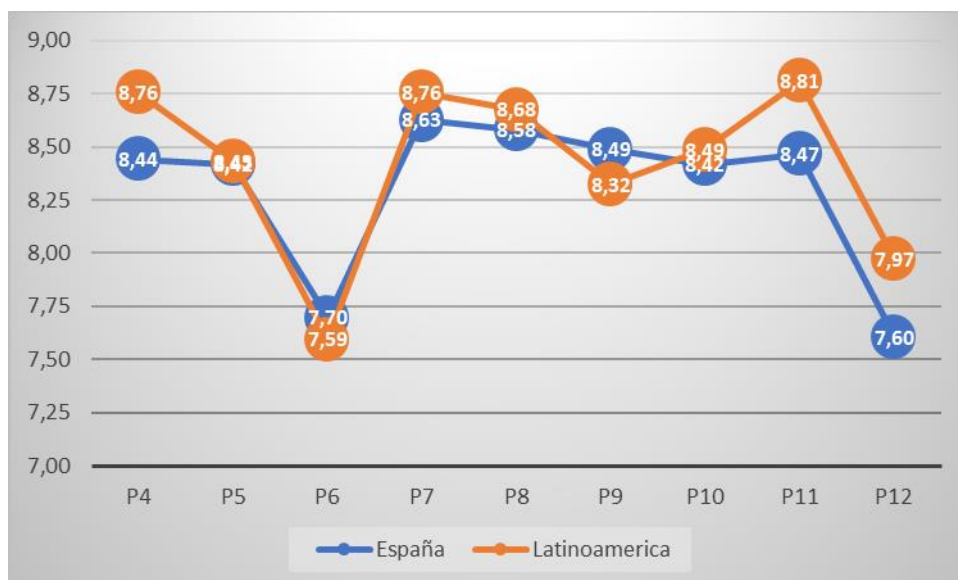


Figura 20. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. “Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes”: A.2.1. “Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar)” (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente).

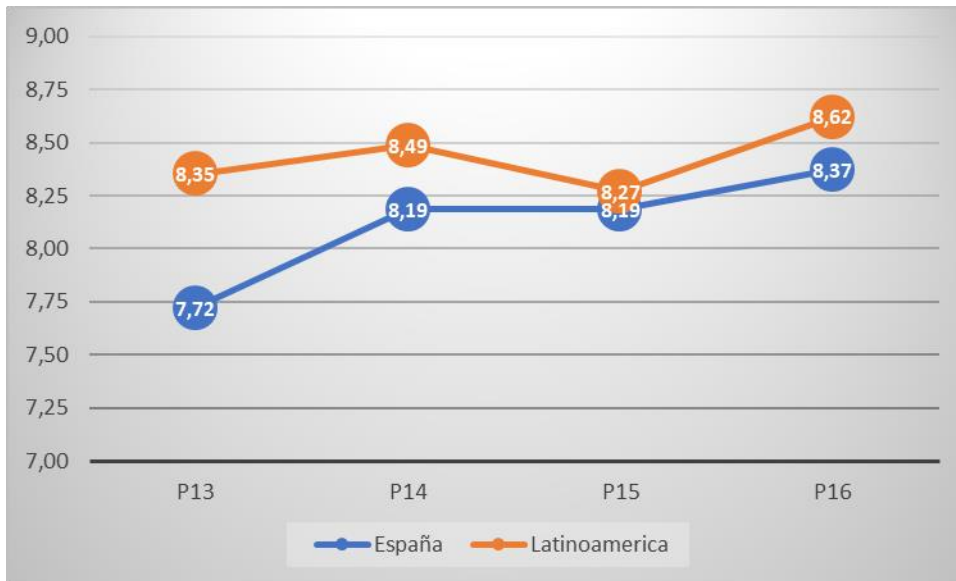


Figura 21. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. “Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes”: A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla: A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería).

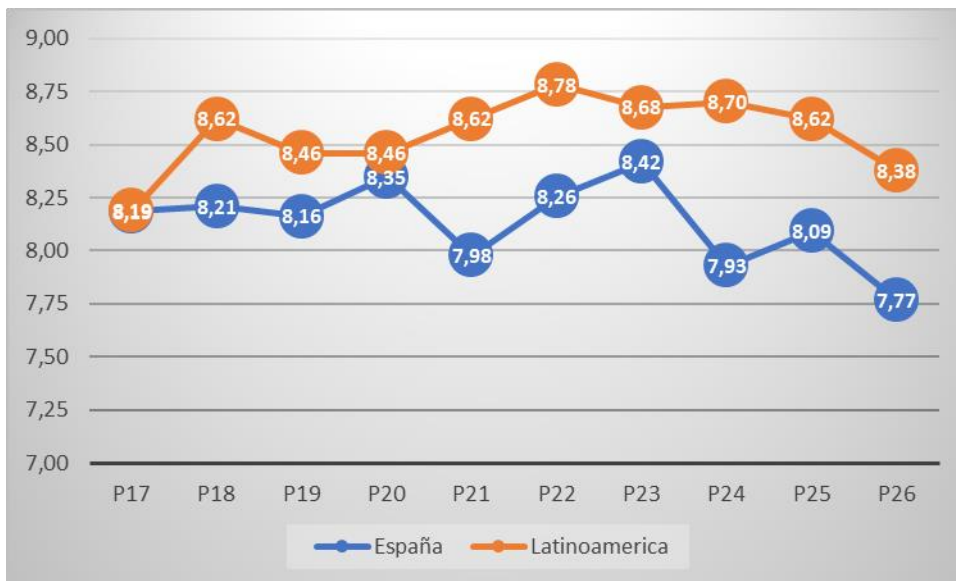


Figura 22. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. “Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes”: A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla: A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar e implementar el plan de cuidados).

Nota: las diferencias apreciadas en el ítem 24 fueron significativas ($p=0,04$)

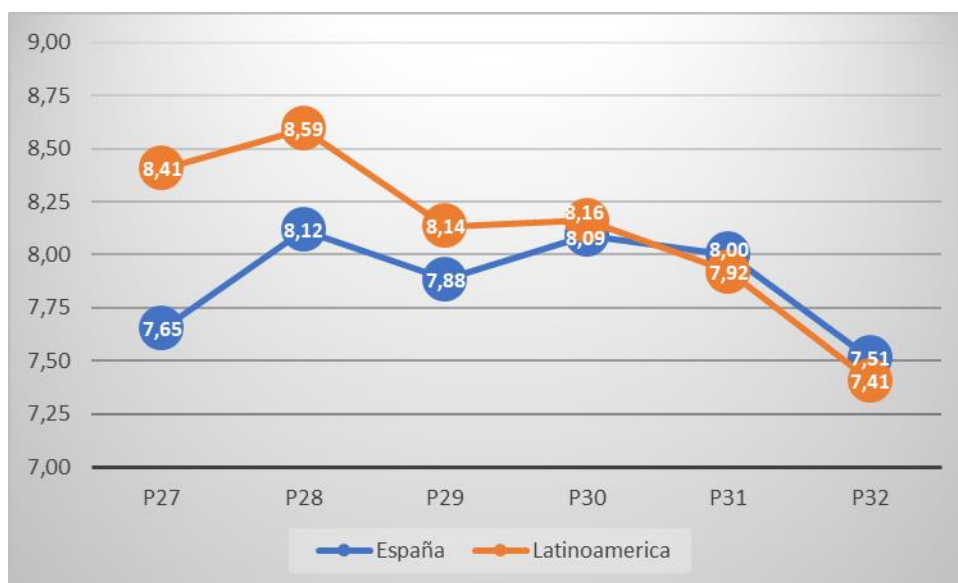


Figura 23. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque A.2. “Tareas y habilidades para comunicar con los pacientes”: A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto).

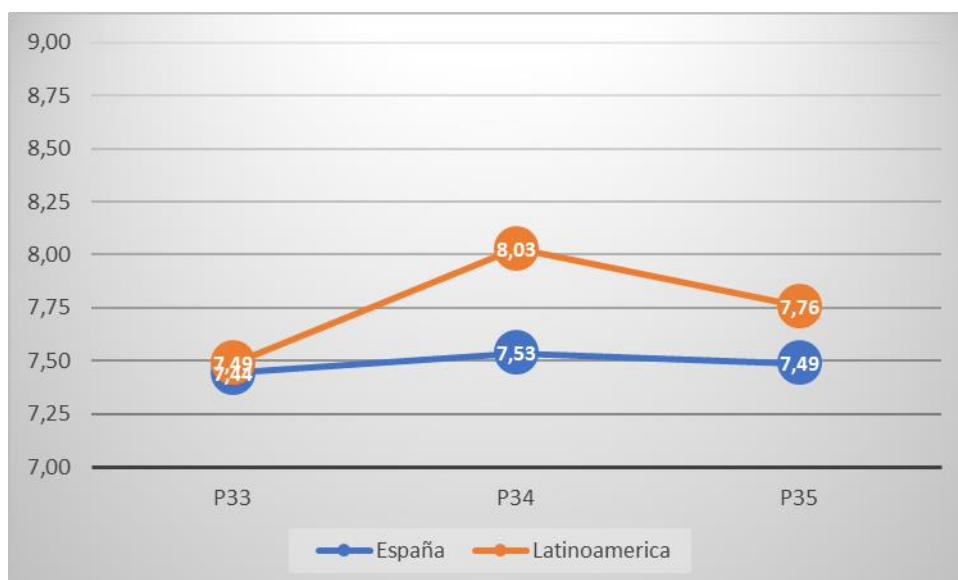


Figura 24. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque B.1. Contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en el cuidado al paciente y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste).

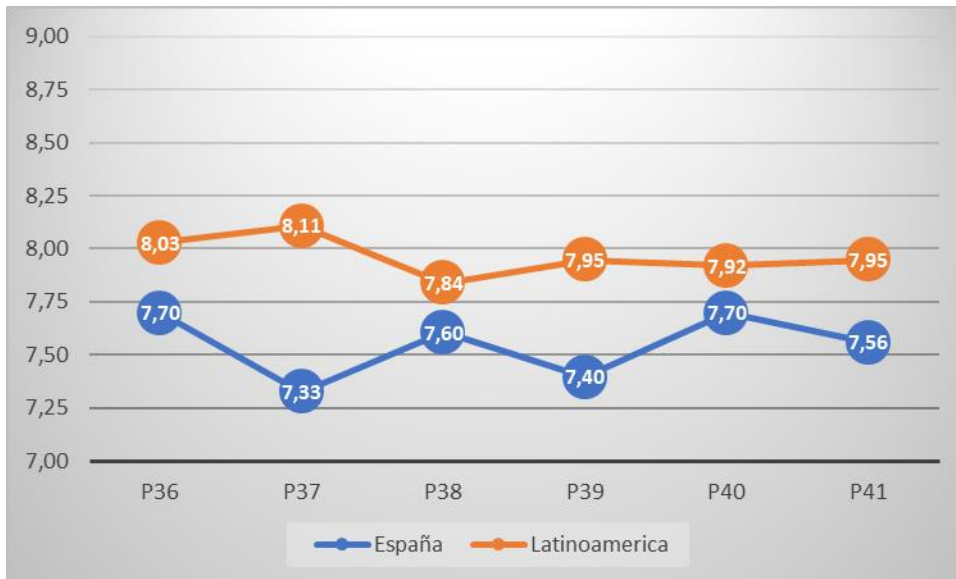


Figura 25. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque C.1. El enfermero como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y autocuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y auto-cuidado).

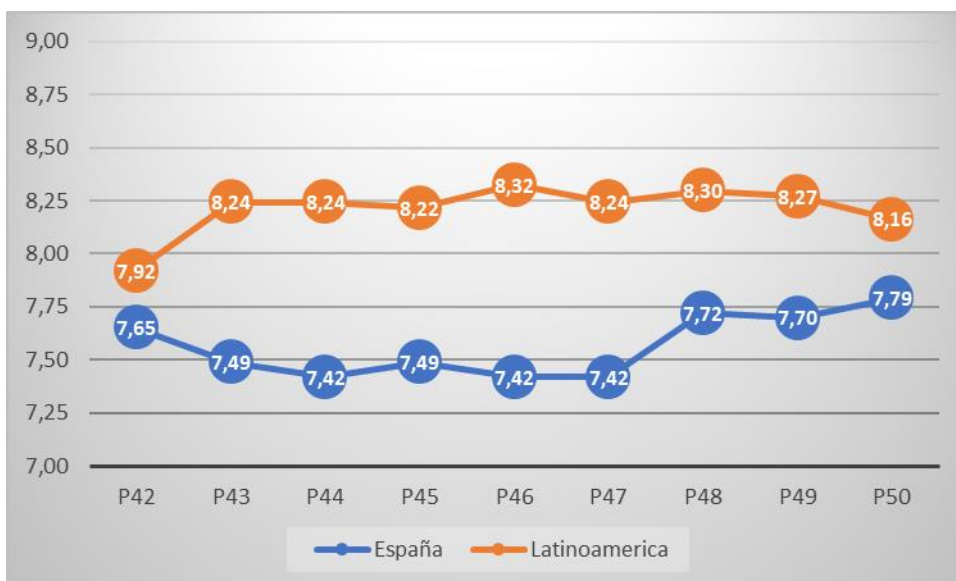


Figura 26. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional. (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este).

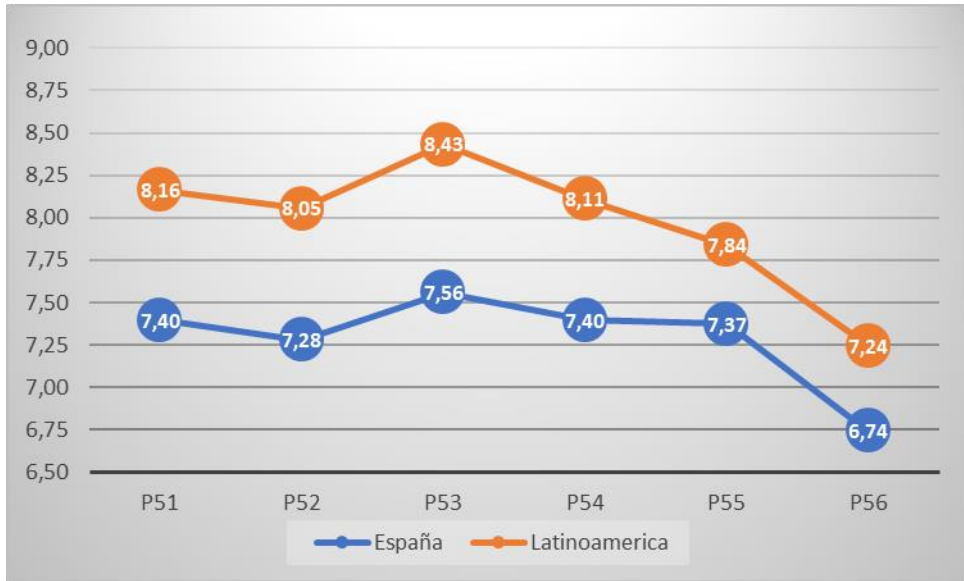


Figura 27. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse).

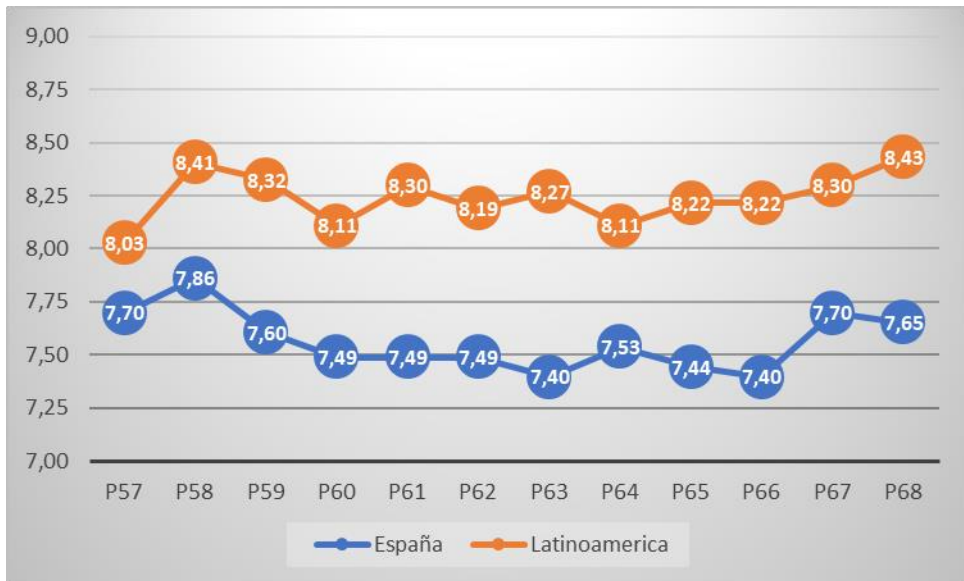


Figura 28. Diferencias de puntuación España-Latinoamérica en bloque F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir).

Capítulo 7: Discusión

7.1. Relación interpersonal y la comunicación enfermera - paciente (modelos de enfermería)

La práctica de la profesión de enfermería exige una relación no solo técnico científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida esta última como la actitud de la profesional dirigida al sujeto, que requiere ayuda para afrontar sus problemas de salud en un marco de respeto y colaboración entre personas.

La comunicación es una parte fundamental de la relación, que ofrece continuas oportunidades de mejora en la práctica diaria de enfermería. Las enfermeras proporcionan la mayor parte del cuidado a la cabecera de los pacientes y, en consecuencia, son las que tienen más oportunidades para comunicarse con los pacientes^{113,114}. En este sentido, Hildegar Peplau, con su teoría de las relaciones interpersonales entiende la relación como una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico, Martha Rogers, hace referencia a que *“la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno”*, Parse expresa que *“las enfermeras en múltiples ocasiones participan con el enfermo de algunas verbalizaciones y deben ser capaces de indagar en el significado de las mismas”*, que parte de la ciencia de los seres unitarios de Rogers. Como se puede observar, estas autoras coinciden en que la comunicación es un pilar principal de las relaciones interpersonales, con el fin de proporcionar cuidados con humanidad y calidad para el bienestar de los pacientes^{115,116}. Martín Algarra¹¹⁷ y García Jimenez¹¹⁸, entienden que la esencia nuclear del concepto de comunicación es procurar el entendimiento o la comprensión, tanto del contenido de lo comunicado, como de la intencionalidad de quienes se comunican. De todo ello se puede inferir que una buena comunicación es requisito imprescindible para la profesión de Enfermería, si se pretende brindar una atención de calidad centrada en el paciente.

Se ha demostrado, que un ambiente sanitario insatisfactorio provoca que la relación enfermera-paciente se desarrolle en un ámbito hostil e impersonal, lo que podría afectar directamente a la adherencia del individuo a consejos terapéuticos y recomendaciones, y podría impedir que se ofrezca una información adecuada al paciente, de los distintos procesos a los que se ha de ver sometido. Esto puede ser causa de incertidumbre adicional, que interfiere con la recuperación completa del paciente.

Bajo estas premisas, se planteó este estudio, que pretende establecer y consensuar un perfil competencial de comunicación y relaciones interpersonales, a nivel nacional e internacional, apropiadas para los estudios de grado de enfermería.

Para ello se han analizado documentos de referencia a nivel internacional, sobre las competencias comunicacionales que el enfermero debe adquirir durante su formación, para garantizar la salud y seguridad de los pacientes, como punto de partida del debate y consenso experto presentado.

7.2. Recomendaciones sobre formación comunicacional en la formación de los estudiantes de Grado de Enfermería.

Hoy en día, la capacidad del profesional de enfermería para ser un buen comunicador se considera esencial: Estas competencias comunicacionales se encuentran, por lo tanto, en casi todas las propuestas o declaraciones sobre las competencias genéricas que hemos revisado para el ejercicio de esta profesión sanitaria.

En el apartado 1.4 (marco teórico) se revisaron los principales documentos relacionados con esta materia, a saber:

En el contexto internacional,

- Marco y Competencias para el Continuo de los Cuidados de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermería⁶⁴
- Marco de competencias del CIE⁶⁵ para la enfermera generalista
- Comunicado de la Conferencia de Ministros responsables de la Educación Superior, Berlín, Alemania. Septiembre de 2003.⁶⁶
- Proyecto Tuning⁶⁷
- Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior⁶⁸
- “Marco de Competencias de la Federación Europea de Enfermeras”⁶³

En el contexto nacional:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003). Última modificación: 28 de marzo de 2014.⁶⁹
- Ley 41/200270, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente⁷⁰
- Libro Blanco de la Enfermería Española de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación⁷¹
- Orden CIN 2134/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero⁷²

Algunos de estos referentes, ofrecen una variada y amplia gama de habilidades o competencias comunicativas La presente propuesta está en consonancia con estas declaraciones y propuestas en términos del número de resultados comunicativos propuestos, así como en la naturaleza y el contenido de la mayoría de ellos. Además de esto, nuestro consenso ofrece varias particularidades que creemos que en su conjunto

proporcionan un valor adicional, dado que no se ha encontrado un listado consensuado y específico de estas competencias, en lo que se refiere a la formación de estudiantes de Grado, esto es, apropiado para el momento inicial y formativo de los futuros profesionales.

Una revisión detenida de la información pública disponible en las páginas web de los diferentes planes de estudio de Grado que están implantados actualmente en España, permite observar que dichas competencias se trabajan de manera diferente en cada centro universitario, no existiendo unidad de criterio alguno sobre las metodologías docentes usadas ni respecto a los criterios de evaluación empleados.

Este es un aspecto que merece una reflexión seria en las escuelas y facultades de enfermería dado que estamos hablando de competencias transversales y, sobre todo, fundamentales para poder prestar una atención adecuada y de calidad. Sería muy conveniente que exista un consenso en este sentido, dado que, independientemente de dónde se formen los enfermeros, los procesos de salud y de enfermedad por los que pasan los pacientes son muy homogéneos en cualquier localización geográfica, como son también similares las relaciones con ellos, con los familiares y también con los compañeros. Todo ello sugiere que sería muy rentable y útil disponer de unos criterios a los que entrenar estas competencias en todas las universidades.

En términos generales, y por diferentes motivos, resulta difícil la puesta en marcha de propuestas contrapuestas en la docencia de la titulación (138; 139).

Algunas de las peculiaridades de este consenso pueden ser particularmente útiles para fomentar y facilitar la incorporación o mejora de la enseñanza de estas habilidades, tanto en el entorno cultural en el que se ha llevado a cabo como también en otros que pueden o no compartir algunas de sus características culturales. En primera instancia, esta propuesta, incluye únicamente habilidades o competencias exclusivamente de carácter comunicativo, que pueden ayudar más a la

hora de considerar el conjunto de aspectos comunicativos más relevantes para la enseñanza de la Enfermería. Además, se proporciona una lista derivada de un marco conceptual (101), que incluye coherentemente a las personas involucradas (enfermera y paciente) y algunos de sus principales determinantes relacionales, sus interacciones en el contexto de una entrevista genérica de enfermería y también en otros contextos específicos de salud y canales de comunicación. Otras propuestas, como el contenido del currículo de comunicación del Reino Unido para la educación de grado médico (86) se enmarca en lo que se llama la "*rueda curricular de comunicación*". Esta "rueda" también tiene como objetivo facilitar una mejor comprensión de la importancia de contemplar un conjunto particular de habilidades, así como otros elementos de contenido comunicativo en la educación superior. En la mayoría de las propuestas de competencias de enfermería revisadas las competencias comunicativas se ofrecen junto con otras de diferente naturaleza y generalmente se distribuyen en diferentes dominios. Hacerlo a través de un marco conceptual como el que sustenta el este consenso puede ofrecer una mayor coherencia a los diferentes dominios comunicativos donde se encuentran los 68 resultados de aprendizaje propuestos. En consecuencia, esto puede facilitar la consideración y la idoneidad de las diferentes habilidades a lo largo de los diferentes planes de estudio. Además, se ha hecho un esfuerzo importante para ofrecer estos resultados de aprendizaje como comportamientos observables. Por lo tanto, tratamos de evitar el debate que las identifique como "competencias", ya que esto a menudo conduce a mayores dificultades a la hora de establecer los resultados de aprendizaje para la enseñanza de manera práctica (140). La mayoría de estos resultados de aprendizaje se basan más en el comportamiento y la actitud que en la actividad cognitiva. Incorporarlos a un currículo de enfermería, aunque bien podría implicar varios desafíos prácticos para algunas instituciones, también resultará útil como guía para establecer metodologías de enseñanza y evaluación. Parece lógico que, debido a la naturaleza de estos

resultados de aprendizaje, para que un estudiante los incorpore y aplique, la institución educativa deba priorizar los métodos de enseñanza experiencial, de manera que contemplen una exposición repetida a una variedad de situaciones clínicas en las que los estudiantes puedan ser observados, recibir retroalimentación estructurada, tener tiempo suficiente para reflexionar sobre lo aprendido y luego practicar en condiciones simuladas.

Todo lo anterior representa un valor agregado a esta propuesta resultados de aprendizaje, de manera que puede ser de gran utilidad para muchas escuelas de enfermería en el diseño y modificación de sus programas de manera más eficiente y efectiva (141).

Por ello, es ineludible, contar con una definición común sobre las competencias comunicacionales y de relación interpersonal, que se detalle los resultados de aprendizaje específicos, relacionados con estas competencias. Sólo así se podrán compartir fines similares en esta materia en las estrategias educativas de los graduados y posgraduados en Enfermería, y se podrá evaluar con criterios comunes y de la forma más objetiva posible la adquisición de dichas competencias. Con este marco de competencias se podrá también comparar evaluativamente a diferentes estudiantes, sea cual sea el momento de desarrollo formativo, o a diferentes profesionales, por ejemplo, en el caso de procesos de certificación y recertificación de competencias.

Por otro lado, mejorar las competencias de comunicación debe ser un propósito principal de los profesionales de Enfermería, sustentado por las estrategias formativas eficaces para garantizar el buen desempeño. En el diseño y desarrollo de programas formativos en enfermería se debería incluir el entrenamiento en este tipo de competencias, de una manera transversal. Para ello, este proyecto propone una definición expresa de los resultados de aprendizaje a alcanzar, que pueden ayudar a orientar todo el proceso de diseño curricular (contenidos metodológicos y sistemas de evaluación).

Estos criterios, actividades y cronograma deberían especificarse en los planes de acogida de profesionales y de estudiantes de nueva incorporación, a fin de promover el seguimiento de pautas comunes y la calidad en el proceso asistencial.

Este Consenso Iberoamericano en Comunicación para Enfermería representa una declaración sobre los resultados de aprendizaje en la comunicación sanitaria para los estudios de enfermería, algo que nunca antes había existido entre los países de habla hispana. Amplía y refuerza algunas de las propuestas que se han realizado sobre competencias comunicativas para la profesión de enfermería en el marco de las competencias generales de la profesión (142-144).

7.3. Sobre la recogida de información, los expertos participantes y la metodología del estudio

Una búsqueda sistemática de iniciativas de similar intención en la literatura científica permitió identificar, previo al desarrollo de este proyecto, otros consensos internacionales desarrollados generalmente en contextos clínicos y educativos, principalmente para el ámbito médico⁸⁰⁻⁸³, o de naturaleza interprofesional. Con todos estos referentes contextuales previos, nuestro proyecto se adscribe a una línea de investigación estable sobre comunicación clínica de la universidad Francisco de Vitoria, de alta productividad científica en los últimos años¹¹⁹⁻¹³³.

Un trabajo seminal de esta línea fue el consenso experto para países de habla española y portuguesa (toda Iberoamérica, Portugal y España) en habilidades y competencias comunicacionales inter/intrapersonales para el Grado en Medicina¹³⁴ deberían adquirir los graduados médicos al final de sus estudios. Nuestro proyecto emplea el mismo marco teórico desarrollado para aquel estudio, el modelo conceptual de comunicación clínica del Dr. Roger Ruiz¹³⁵, y sigue también el método

utilizado para el mencionado estudio, esto es, la técnica de consenso “Remote Modified Delphi”(REMODE) ¹⁰⁹.

La muestra total de expertos utilizada en el estudio para el proceso de valoración de los resultados de aprendizaje estuvo compuesta por 70 expertos en dos grandes grupos 30 en Latinoamérica y 40 en la unión europea. El país con mayor número de expertos fue España (38), mientras que el que mayor número de expertos en Latinoamérica que respondieron al consenso fue México (6) y Argentina (4), cabe señalar que, precisamente son estos dos países en los que se encuentran el Grupo de los 20 (países industrializados y emergentes), que quizás compartamos un contexto socioeducativo más próximo al nuestro.

En Cuanto a España, el mayor número de respuesta se encuentra en la Comunidad Autónoma de Madrid (13) seguido de la CC.AA. de Cataluña (8),

El tamaño de este panel es mayor que el utilizado en otro consenso. Cuando, como en nuestro caso, la hipotética población de expertos disponibles para reclutar es grande y de alcance internacional, se debe considerar el tamaño ideal del grupo encuestado. Aunque nunca se ha considerado necesario un cálculo formal del tamaño de la muestra, en nuestro caso parece razonable sobredimensionar el panel para hacerlo más representativo. Además, la evidencia experimental ha demostrado la relación directa entre el tamaño del panel de expertos y la precisión de la estimación del grupo obtenida (el error de pronóstico de los expertos tiende a disminuir exponencialmente a medida que aumenta el tamaño del panel) (109)

Nuestro estudio ha logrado una alta y estable tasa de respuesta para cada uno de los ítems; Además de recoger mediante escalas cuantitativas el posicionamiento de los expertos, estos pudieron realizar aportaciones cualitativas en forma de opiniones y comentarios libres a cada ítem (cada resultado de aprendizaje). Tales aportaciones

enriquecieron la información disponible por el comité científico al valorar el grado de consenso alcanzado y las posibles limitaciones.

Respecto al nivel de formación de los expertos participantes, en su mayoría cuentan con estudios superiores concluidos de Doctorado (54%). Y un 3% de los expertos, poseen, además, alguna especialidad enfermera.

Atendiendo al ámbito de desempeño, en su mayoría son docentes (82,9%), y un (22,9%), se dedican a la investigación, una proporción de ellos estaba trabajando en uno o más ámbitos profesionales, en el momento de la recogida de los datos. Por otro lado, la mayor parte de los profesionales son mujeres (80%).

La composición del panel difiere de tres estudios previos como el de Kiessling C. y Cols, en la declaración del consenso de Basilea⁸⁷ en el que el 47 % de los participantes fueron profesores, y un 33% personal de investigación. Las divergencias entre porcentajes y resultados, puede deberse a que en el consenso de Basilea participaron diferentes disciplinas y especialidades sanitarias, así como se tomó en cuenta la opinión de los estudiantes. Esta sobrerrepresentación de profesionales del entorno académico en nuestro estudio es una característica internacional del proyecto, con el fin de promover la posible transferencia de nuestros resultados entre las enfermeras responsables de su posterior implantación curricular.

Respecto a los años de experiencia profesional, en su mayoría superan los 10 años, tanto para los profesionales que trabajan en Hospitalización como, para los que trabajan en Gestión mientras, que, en atención primaria, predominó el grupo de expertos que cuentan con menor experiencia en años en este contexto. Granero Moya¹³¹, menciona que existe una falta de habilidades de comunicación en atención primaria, y que, esta falta de habilidades se relaciona con una escasa formación y experiencia en este ámbito, reclamándose actividades formativas de carácter práctico. Por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos en

nuestro estudio y sustentándose con la afirmación de Granero Moya¹³⁶ podemos considerar que los expertos que participaron en nuestro estudio cuentan con los conocimientos relevantes que beneficia al proceso de consenso, lo cual asegura una homogeneidad, a pesar de ser el 40% que no tiene experiencia en atención primaria.

En lo que corresponde a la experiencia docente en los tres ámbitos estudiados, Tanto para docentes universitarios, como para docentes de prácticas clínicas (tutores clínicos) como docentes que se dirigen a profesionales se superan los 10 años de experiencia con 70%, 37% y 54% respectivamente para cada grupo. Este estudio coincide con las recomendaciones propuestas por Fink A, y Cols¹³⁷, que menciona, entre otras cosas, que los expertos deben contar con experiencia suficiente, viéndose reflejado en la participación de conferencias, simposios relacionados con la evaluación y transferencia. Los expertos en el presente estudio cuentan con producción científica, demostrable mediante, comunicaciones orales habituales (85,7%), participaciones en poster (82,8%) y publicaciones científicas en revistas de impacto científico (77,1%)

En cuanto a su contenido y metodología, este consenso está alineado con las principales afirmaciones sobre la enseñanza de las competencias comunicacionales dentro de otras profesiones sanitarias (47; 129)

Representa una concreción para la enseñanza de la enfermería similar a la del consenso latinoamericano, portugués y español sobre un currículo básico de comunicación (para la educación médica de pregrado), para el grado de medicina en el contexto cultural iberoamericano (129).ya que ambas propuestas han utilizado el mismo modelo conceptual sobre la comunicación clínica como marco (101) , junto con la misma estrategia metodológica de consenso.

7.4. Sobre las diferencias de apoyo apreciadas a los distintos objetivos de aprendizaje.

El Grupo Impulsor del proyecto (n=5) tras revisar y considerar los documentos y aportaciones del Comité Científico, (n=7) sintetizó información disponible proponiendo la versión definitiva del cuestionario, para su valoración final por el panel de expertos seleccionados. El consenso alcanzado recoge 68 resultados de aprendizaje, agrupados en 6 categorías que conforman un marco de referencia teórica sobre aspectos importantes de la comunicación propuestos para los estudiantes de Grado en Enfermería, a modo de áreas competenciales básicas:

- A. Comunicación con el paciente.
- B. Comunicación con la familia del paciente.
- C. Comunicación intrapersonal.
- D. Comunicación inter-intra profesional.
- E. Comunicación por diferentes vías.
- F. Comunicación en situaciones especiales.

Estas áreas competenciales coinciden con las propuestas por el equipo investigador de un proyecto previo similar, en la misma universidad del, concebido para los estudios del grado de medicina.

Tras la valoración por el panel de los 68 resultados de aprendizaje, y después de analizar, estadísticamente las puntuaciones asignadas a cada ítem, de acuerdo a los criterios de consenso propuestos (ver apartado de material y métodos), los 68 resultados de aprendizaje fueron aceptados como adecuados por los estudios del grado en enfermería con un nivel de acuerdo grupal suficiente.

Para ordenar estos ítems de acuerdo al grado de respaldo grupal diferencial que consiguieron, se usó la media aritmética de puntuación del panel en cada caso. Construyendo con ello un ranking, se puede determinar un subgrupo de competencias "nucleares" que alcanzaron

el mayor grado de consenso. Se trata de 17 competencias, cuya puntuación media se sitúa en el cuartil superior de la distribución de medias alcanzadas por todos los ítems, es decir, cuentan con una puntuación media superior al valor del percentil 75 de dicha distribución de medias (8,306).

Estas competencias pueden considerarse, por lo tanto, como prioritarias por los expertos consultados y, en este sentido, teniendo en cuenta que, los recursos docentes, así como, temporales para el entrenamiento y evaluación de todas las competencias están limitados, estas son las que se proponen como *Core preferencia de competencias*, y sobre las que se debería poner el foco de la formación.

Respecto a cada apartado temático de la encuesta, en su mayoría alcanzaron un alto grado de apoyo del panel, desde el menor por encima de 7,61 en promedio, para el apartado temático de Familia. Hasta el mayor grado de apoyo (comunicación enfermera-paciente). No obstante, de acuerdo con los criterios de consenso convencionales, todos los ítems de la encuesta, incluidos los de menor puntuación media, pueden considerarse como avalados por un consenso grupal suficiente del panel.

Dado el alto y suficiente nivel de consenso alcanzado en la primera ronda, se consideró metodológicamente innecesario realizar una segunda ronda de encuesta, para la que no habrían quedado cuestiones pendientes de matizar o dirimir.

El hecho de conseguir tal unanimidad de criterio grupal en la primera ronda, puede ser consecuencia de tomar como referencia inicial (en el proceso de definición de los ítems de la encuesta) un listado previo que ya había sido consensado para una disciplina cercana, el grado de medicina, por García C. ⁹⁷, Sobre aquella base (ya objeto de debate y consenso previo por un panel académico), el grupo impulsor, asistido por el comité científico internacional, realizaron un proceso de selección, adaptación y mejora que acabó en el listado final de 68 resultados de

aprendizaje evaluados en este proyecto (que representa el 50% de los 136 ítems de partida).

De esta manera, el listado final, que se circuló entre los expertos que participaron en el panel *DELPHI Remode*⁸⁸, podríamos decir que ya contaba un grado importante de consenso. Además, estamos hablando de competencias transversales para ciencias de la salud, que podrán tener ciertos matices, según la profesión, pero que la esencia debe ser la misma, dado que busca el trato humanizado a través de una comunicación inteligente, eficaz y eficiente.

Al comparar los consensos de Toronto, Declaración de Kalamazoo, Declaración de Consenso de Basilea (Alemania, Austria y Suiza), Consenso Británico y el consenso europeo, con, este estudio, se observa como parte de las diferencias se deben a la mayor amplitud de foco de los procesos previos. Así, por ejemplo, el consenso de Basilea o la declaración de Kalamazoo incluyen una amplia gama de temas, lo que aumenta el número de objetivos, relacionados con la atención médico-paciente, trabajo en equipo, la responsabilidad social y el desarrollo personal y profesional. El consenso europeo recoge un “núcleo curricular en comunicación”, que adopta la taxonomía del consenso de Basilea y que proporciona hasta 61 objetivos de aprendizaje, tanto en la “comunicación con pacientes” como en la que tiene lugar en los “equipos inter y multiprofesionales”, y que a la vez incluye “la reflexión y el profesionalismo”. La mayor síntesis lograda y el alto nivel de acuerdo de nuestro consenso puede deberse al hecho de ser uniprofesional (enfermería), y a la homogeneidad idiomática y sociocultural de los países iberoamericanos, que, sin duda, ha redundado en la unidad de criterio observada.

En este contexto, los resultados de aprendizaje con mayor respaldo fueron los relacionados con actitudes y valores, que los que versan sobre el conocimiento empírico. Estos resultados coinciden con los proporcionados por el Consenso de Basilea que al igual se centra más en

las actitudes y valores. Este detalle merecería una atención concreta en los programas formativos en enfermería, muy sesgados hacia los conocimientos y habilidades técnicas.

7.5. Grado de acuerdo entre los expertos de habla hispana y portuguesa, sobre los objetivos de aprendizaje comunicacionales propuestos.

Se ha explorado en detalle los resultados alcanzados por los dos subpaneles disponibles para contrastar las posibles diferencias de criterio profesional entre España frente a Latinoamérica y Portugal. En ambos grupos de expertos se lograron similares tasas de participación.

El análisis estadístico bivariante permite asumir que no existen diferencias entre los dos subpaneles de expertos, es decir, existe una homogeneidad general de consenso. Todos los ítems, obtuvieron altas puntuaciones medias que, en general, resultaron superiores entre los expertos latinoamericanos y de Portugal que el grupo de expertos españoles. Solo en 4 ítems de los 68, los expertos españoles mostraron un mayor grado de apoyo que sus colegas Latinoamericanos, y solo 2 casos los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas. Estos corresponden al resultado de aprendizaje 1, "Describir las diferentes habilidades comunicacionales (verbales y no verbales), o de relación necesarias para la elaboración de una historia de necesidades de cuidados elaborada por enfermeras" (*España: 7.72- latinoamerica:8.42, p=0,02*). La discrepancia al analizar comentarios libres de los panelistas puede estar relacionada con el bajo nivel de exigencia expresado por el verbo "describir" con el que se redactó el ítem. La diferencia también resultó significativa en el resultado de aprendizaje 24, "Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información" (*España: 7.93- latinoamerica:8.70, p=0,04*). En este caso parece intuirse cierto mayor

grado de autonomía en la percepción de la enfermería española sobre su rol y su responsabilidad profesional.

Habría que analizar si tales diferencias expresan una idiosincrasia particular del profesional de enfermería español, y si esto puede influir en su nivel de exigencia y competitividad interprofesional, respecto a sus colegas Latinoamericanos.

Cabe destacar que el consenso del listado de competencias comunicacionales a demostrar por los egresados en el grado en Enfermería consensuado en este estudio se ha obtenido a nivel internacional, lo que abre la posibilidad de impulsar líneas futuras de investigación colaborativa en competencias en comunicación con estos países. Ello permitiría detectar comparativamente las áreas y competencias susceptibles de mejora en cada contexto y establecer estrategias de benchmarking entre países y escuelas para lograrlo.

7.6. Posibles líneas futuras de investigación

Futuras investigaciones, podrían ir encaminadas a valorar el impacto de la integración del listado de competencias consensuado en los programas de estudios.

Para ello sería necesario disponer de métodos e instrumentos de evaluación que permitan evidenciar cómo y en qué medida se adquieren estas competencias de comunicación, una vez incorporadas a la formación enfermera. En este sentido, otra línea de investigación podría continuar con la adaptación, diseño y/o validación de instrumentos nuevos y herramientas que permitan su evaluación.

Con este consenso latinoamericano y español de competencias comunicacionales para los alumnos del grado en enfermería, disponemos de una base fundamental para implementar una formación homogénea sobre la materia en el grado. Sería importante, por lo tanto,

explorar su aplicabilidad real y en qué medida todos los estudiantes de enfermería adquirieren similares competencias comunicacionales durante su formación. Para ello sería preciso que se incluyeran en las guías docentes de las asignaturas del plan de estudios y pudieran evaluarse durante y al final de la formación.

7.7. Algunas limitaciones del estudio

Una de las principales dificultades encontradas durante la investigación fue lograr la colaboración desinteresada en el consenso por parte de los expertos sin remuneración directa, se invitó a participar a 160 expertos en comunicación de 14 países, de los cuales se inscribieron 89, de los que finalmente se obtuvo una respuesta completa de 70 participantes.

A todos ellos se les facilitó la información completa del proyecto, así como la finalidad del mismo, con el objetivo de obtener, una participación activa y alta. No obstante, una vez cumplidos los plazos fijados, no se alcanzó la tasa de respuesta necesaria. Se necesitó, por ello, realizar nuevas comunicaciones a los expertos, tanto a través del correo electrónico, como telefónicamente, insistiéndoles en la importancia de completar su participación. De esta manera se obtuvo una muestra suficiente para alcanzar un consenso fiable sobre los resultados de aprendizaje, e incluso, permitir la comparativa entre España y países de habla hispana y Portugal. No obstante, en este proceso se produjeron sesgos de autoselección ingobernables que, sin duda, han introducido efectos difíciles de valorar en los resultados finales.

Capítulo 8: Conclusiones

CONCLUSIONES

1. Se consensua un modelo conceptual teórico que toma en consideración al paciente desde la perspectiva biopsicosocial de salud y a la atención de Enfermería como una relación entre dos personas (enfermera/o y paciente), en la que intervienen e influyen las distintas dimensiones que las configuran, en el cual se encuadra el proyecto y se estructuran y definen los resultados de aprendizaje propuestos para los estudiantes de enfermería en el ámbito geofigura de referencia.
2. Tomando como referencia este marco conceptual, se definen seis áreas competenciales propias de la comunicación clínica que permiten categorizar y ordenar cada uno de los distintos resultados específicos de aprendizaje propuestos:
 - Comunicación con el paciente.
 - Comunicación con la familia del paciente.
 - Comunicación intrapersonal (autopercepción).
 - Comunicación inter e intra-profesional.
 - Comunicación por diferentes vías.
 - Comunicación en situaciones especiales.
3. La metodología utilizada, la identificación y selección de los expertos de referencia de los distintos países, así como el procedimiento establecido para la participación, debate y consenso de los mismos, resultaron adecuados para la realización del estudio y la consecución de los objetivos fijados. El método REMODE, (Remote Modified Delphi) ha alcanzado todos sus objetivos, los expertos participantes estuvieron de acuerdo con las conclusiones, sin que ningún acuerdo grupal haya sido impugnado de manera particular.

4. El resultado final del proceso de consenso establece un listado de 68 resultados de aprendizaje en comunicación clínica adaptados a los estudios de Grado en Enfermería en Países Iberoamericanos, desarrollados y consensuados con la participación activa de un grupo experto internacional de amplio reconocimiento en sus ámbitos de referencia. Estos resultados pueden considerarse formal y legítimamente respaldados, sin controversia sustancial, por el panel de expertos participantes.

5. El proyecto concluye con la selección y propuesta de un subgrupo de 17 resultados de aprendizaje que presentan un grado de acuerdo especialmente alto en el contexto estudiado, lo que permite considerarlos como un núcleo básico y prioritario (un core-curriculum) de resultados de aprendizaje centrales en los que poner el énfasis a la hora de desarrollar los currículos formativos en materia de comunicación clínica para los estudios de Enfermería.

6. No se aprecian diferencias sustanciales de criterio entre los expertos de Latinoamérica/Portugal y de España, sobre las competencias comunicacionales aptas para el Grado en Enfermería.

Capítulo 9: Bibliografía

1. Osses-Paredes C, Valenzuela Suazo S & Sanhueza Alvarado O. Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*, 2010 (18).
2. Conesa J. *Cuestiones de enfermería*. McGraw-Hill-Interamericana de España. Pag 3-11 ISBN 84-486-0103-3. 1996
3. Attewell, A. FLORENCE NIGHTINGALE (1820 - 1910. 1st ed. [ebook] París: ©UNESCO: Oficina Internacional de E. 2000 Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
4. Sellán M.C. *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. Madrid: FUDEN; 2009
5. Navarro M.A, Hernandez J.M, Torralba M.J. Beneit J.V. *Un estudio de los modelos enfermeros en la España de la contrarreforma, a través de los textos escritos y editados por las órdenes religiosas, con voto de hospitalidad*. DM. Murcia 2012.
6. Ventosa F. *Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la enfermería: conceptos y valores*. Granada, 2012.
7. *Un siglo cuidando a la Sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España*.
8. Rodríguez F, Herrera F, Gala J, Escoto M. *Conmemoración de los XX años de la enfermería universitaria gaditana: de la Escuela Universitaria de Enfermería a la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud (1977-1997): programación docente de enfermería y fisioterapia*. Servicio Publicaciones UCA, 1998.
9. León E. M^a. *Influencia de la formación humanística en el desarrollo moral de los alumnos de enfermería y medicina*. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria, 2015.
10. Hernández Conesa J.M. *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana. 1995.

11. Marriner-Tomey A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Mosby/Doyma Libros 6ª Edición, 1994.
12. Carbajo C, Elena M. "Cuidado de enfermería basado en el modelo de adaptación de Callista Roy disminuye el Síndrome de Burnout en las enfermeras de emergencia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza-EsSalud. Ica 2014." 2016.
13. Alligood M. R., & Tomey A. M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier HealthSciences. 2018.
14. Leininger M. "Teoría de los cuidados culturales." Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby 2007: 472-98.
15. El Cuidado: Hildegard Peplau. Teorías de enfermería uns. 2012. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es/2012/06/hildegard-peplau.html>
16. Peplau H.E., Orem D.E. Aportaciones teóricas de dos maestras de los Cuidados. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2003.
17. Santo Tomás Pérez, M. Pujna por el reconocimiento universitario y su especialización. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. 2012.
18. El cuidado: Jean Watson. [Blog] Teorías de enfermería uns. 2012. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es/2012/06/jean-watson.html>
19. Watson J. Nursing: Human science and human care: A theory of nursing. Jones & Bartlett Learning, 1999.
20. Martínez A. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: Desarrollo profesional de la Matrona a través de su historia. En Libro de actas del XIII Congreso Nacional y VIII

Internacional de la Asociación Nacional de Investigadores de la Historia de la Enfermería. Ed. Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid. 2013. p. 197-215.

21. Mastrapa YE, Gibert Lamadrid Md. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>

22. Bazán C, Martín MJ, Celedonio C. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: Evolución Histórica de los cuidados enfermeros. En Libro de actas del XIII Congreso Nacional y VIII Internacional de la Asociación Nacional de Investigadores de la Historia de la Enfermería. Ed. Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid. 2013

23. Rodríguez P. La atención Integral y Centrada en la Persona. Fundación Pilares para la Autonomía Personal 2013.

24. Rogers C. R. El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica.1993.

25. Troncoso M, Poblete M, Valenzuela S. "Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios." Acta Paul Enferm 20.4 2007: 499-503.

26. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press;1985.

27. Ceballos P. A. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería, 16(1), 2010: 31-35.

28. Olsson L-E et al. "Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review." Journal of clinical nursing 22.3-4. 2013: 456-465.

29. Starfield B. "The hidden inequity in healthcare." 2011: 15.

30. Duggan P. S. et al. "The moral nature of patient-centeredness: is it "just the right thing to do"?" *Patient Education and Counseling* 62.2. 2006: 271-276.
31. Greene J, Hibbard J. H. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of general internal medicine*, 27(5). 2012: 520-526.
32. Abellán-García A. Crítica, fundamentos y corpus disciplinar para una teoría dialógica de la comunicación. Re-pensamiento de la disciplina para una acción humanista. Diss. 2010.
33. Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *FamMed*. 34(5). 2002: 319-24.
34. Gómez del Pulgar García-Madrid, M. Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un instrumento para el Grado en Enfermería. [Tesis Doctoral] Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2011.
35. Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, VonKorff M, Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research. *Jama*. 271(20). 1994: 1609-14.
36. Brody H, Miller FG. Lessons from recent research about the placebo effect—from art to science. *Jama*. 306(23). 2011:2612-3.
37. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*.;357(9258). 2001: 757-62.
38. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*. 102(4). 1985: 520-8.

39. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. The effect of patients met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen InternMed.*22(1). 2007: 86-91.
40. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *CurrOpin Oncol.* 17(4). 2005: 351-4.
41. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.*48(1). 2002: 51-61.
42. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician- patient communication. The relation ship with mal practice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama.* 277(7) 1997: 553-9.
43. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health related out comes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann FamMed.* 2(6). 2004: 595-608.
44. Street RL, Jr., Voigt B. Patient participation in deciding breast can certreatment and subsequent quality of life. *MedDecisMaking.*17(3). 1997: 298-306.
45. Gabbay M, Shiels C, Bower P, Sibbald B, King M, Ward E. Patient-practition eragreement: does it matter? *PsycholMed.*;33(2) 2003: 241-51.
46. Street RL, Jr., Piziak VK, Carpentier WS, Herzog J, Hejl J, Skinner G, et al. Provider-patient communication and metabolic control. *Diabetes Care.*16(5) 1993: 714-21.
47. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *PatientEducCouns.* 60(3) 2006: 301-12.
48. Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the something? *MedDecisMaking.* 27(5) 2007: 539-46.

49. Rimal RN. Analyzing the physician-patient interaction: an over view of six methods and future research directions. *Health Commun.* 1;13(1). 2001: 89-99.
50. Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Path way slinking clinician-patient communication to health outcomes. *PatientEducCouns.*74(3)2009: 295-301.
51. Skutch AJ. Fundamentos Morales. Una introducción a la ética. *Revista de Filosofía.* 2000.
52. González L. De la bioética al bioderecho. Libertad, vida y muerte. Madrid: Ed. Dykinson S.L. Universidad Pontificia de Comillas; 2006.
53. Beauchamp T. L., James F. Childress. *Principlesofbiomedicalethics.* Oxford UniversityPress, USA, 2001.
54. Rawls J. *Teoría de la Justicia.:* The Beljnap Pressof Harvard UniversityPress; 1971.
55. Guías de Bioética de Castilla y León. 2004. [Consultado 18 abril 2017] Disponible en: HYPERLINK <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon>.
56. El análisis de dilemas éticos. Formación bioética. 2009. [Consultado 18 abril 2017] Disponible en: HYPERLINK: <https://www.fisterra.com/formacion/bioetica/dilemas.asp>
57. De Enfermería, F. V. Código Deontológico de Enfermería.1999. [Consultado 20 marzo 2017] Disponible en: <http://www.deontologia.org/>
58. Gandía E. Deontología Profesional: Los Códigos Deontológicos. Unión Profesional. 2009. [Consultado 30 junio 2017] Disponible en: http://www.unionprofesional.com/estudios/DeontologiaProfesional_Codigos.pdf

59. Compromiso RSE. Expertos debaten sobre la relación entre la ética y los derechos fundamentales.2013. [Consultado 30 junio 2017] Disponible en: <http://www.compromisorse.com/rse/2013/03/27/expertos-debaten-sobre-la-relacion-entre-etica-y-derechos-fundamentales/>

60. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Revisión 2012. [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: "<http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>."

61. Código Ético y deontológico de la enfermería europea. Disponible en: http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/CodigoDeontologicoEurop.pdf "

62. Código deontológico de la enfermería española. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/component/jdownloads/category/8-normativa-colegial?Itemid=-1>

63. Marco de Competencias de EFN Adoptado en la reunión de la Asamblea General de EFN en abril de 2015 en Bruselas". Directriz de EFN para la implementación del Artículo 31 de la Directiva 2005/36/CE sobre el Reconocimiento Mutuo de Cualificaciones Profesionales, enmendada por la Directiva 2013/55/UE, en los programas nacionales de formación enfermera.

64. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Marco y Competencias para el Continuo de los Cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2008.

65. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Ginebra 2003

66. Educación Superior Europea" Comunicado de la Conferencia de Ministros responsables de la Educación Superior. Berlín, Alemania. Septiembre de 2003.

67. González J., Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto, Universidad de Groningen; 2003

68. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior ("Reglamento IMI").

69. Ley de Ordenación de las Profesion Sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003). Última modificación: 28 de marzo de 2014.

70. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274, de 15/11/2002.

71. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de Grado en Enfermería. ANECA. 2004.

72. Orden CIN 2134/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Orden CIN 2134/2008 de 3 de julio- BOE nº 174. (19-07-2008)

73. Gómez del Pulgar M, Beneit J, Pacheco E. "Escala ECOEnf" Instrumento para la evaluación de los objetivos-competencias que los estudiantes de grado en enfermería deben adquirir según la Orden CIN 2134/2008 de 19 de julio. Registro de la propiedad intelectual. Nº M-002145/2011

74. Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29/06/2010).
75. Orden SAS/3225/2009 de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Boletín Oficial del Estado, nº 288, (30/11/2009).
76. Orden SAS/1730/2010, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29/06/2010).
77. Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28/05/2009).
78. Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28/05/2009)
79. Orden SPI/1356/2011 de 11 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Boletín Oficial del Estado, nº 123, (24/05/2011).
80. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
81. Neighbour R. La consulta interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C S.L.; 1998.
82. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns, 37 1999, pp. 191–195

83. Ruiz Moral R et al. Escala CICAA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Barcelona: ESTEVE, 2006.
84. Simpson M, Buchman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BritMed J*, 303 1991, pp. 1385-1387
85. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* ;76 2002: 390-393
86. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *MedEduc*, 42 2008, pp. 1100-1107.
87. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I & behalf of the Committee, O. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Education and Counseling*, 81(2),2010: 259-266.
88. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Dago Elorza R, Haak R, Loureiro E, et al. European Consensus on learning objectives for a core communicational curriculum in health care professions. *Pat EducCouns* 2012. [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
89. Harden RM. Learning outcomes and instructional objectives: is there a difference? *MedTeach.*;24(2) 2002: 151-5.
90. Médica E, Catalana A, de Euskadi EM, Sociedad Aragonesa de Educación Médica S. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. *EducMed.*;8(1) 2005: 3-7.

91. ANECA. Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje. [Internet]. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2013. Disponible en: <http://www.aneca.es/Sala-de-prensa/Noticias/2013/ANECA-presenta-la-Guia-para-la-redaccion-y-evaluacion-de-los-resultados-del-aprendizaje>.
92. García F, Morant J.L. Declaración de Bolonia. El espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: ACTA; 2005. [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://www.eees.es/es/eees-bolonia-hacia-la-convergencia-marcos-calificaciones>
93. España. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado. 2010.
94. Boletín Oficial Del Estado. Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. BOE nº 185 3 agosto 2011 [Internet]. 2014;1-7. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/03/pdfs/BOE-A-2011-13317.pdf>
95. Gomez del Pulgar M. ¿Qué se entiende por competencia enfermera y como se evalúa? En: XXVI Congreso Nacional de Enfermería Vasculuar y Heridas. Madrid: Asociación Española de Enfermería Vasculuar y Heridas; 2014.
96. Bloom B., et Al. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay. 1956.
97. Kennedy, D. Writing and Using Learning Outcomes. A practical Guide. Irlanda: University College Cork. 2007.
98. Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence based medicine. BMJ. ;319(7225) 1999: 1618.

99. Stewart J, O'Halloran C, Harrigan P, Spencer JA, Barton JR, Singleton SJ. Identifying appropriate tasks for the preregistration year: modified Delphi technique. *BMJ*.;319(7204) 1999: 224-9.
100. Goodman LA. Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*.32(1) 1961: 148- 70.
101. Ruiz Moral R. A conceptual proposa lto guide the development of a curriculum in physician patient communication skills. *EducMed*. 16(1) 2015: 57-65.
102. García de Leonardo, C. Consenso Iberoamericano sobre un Core Curriculum de Competencias Comunicacionales (CCC) para estudiantes de medicina. [Tesis Doctoral] Madrid: Universidad Francisco de Vitoria. 2016.
103. Weinstein BD. What is an expert? *TheorMed*.14(1) 1993: 57-73.
104. Ericsson KA, Charness N. Expert performance: Its structure and acquisition. *Am Psychol*. 49(8) 1994: 725.
105. Nelms KR, Porter AL. EFTE: An interactive Delphi method. *Technol Forecast Soc Change*.28(1) 1985: 43-61.
106. Dalkey NC. The Delphi Method: An experimental study of group opinion. Santa Monica (California): Rand Corporation, Contract No.: RM-59999-PR. 1965
107. Ampudia-Blasco FJ, Baos V, Caballero F, Álvarez-Sala LA. Criterios profesionales sobre el papel de ezetimiba en el manejo clínico del paciente dislipémico en el ámbito de atención primaria. *AvDiabetol*. 25(5) 2009: 399-407.
108. Cannata-Andia J, Torregrosa JV. Spanish nephrologists and the management of mineral and bone metabolism disorders in chronic kidney disease. *Nefrologia*.34(2) 2014: 175-88.

109. Caballero F, Caballero L. Mejora de un método de consenso experto para reducir la variabilidad de la práctica clínica. Aplicabilidad y rendimiento de una adaptación del método delphi modificado, como instrumento de consenso experto para elaborar recomendaciones en situaciones de incertidumbre clínica. (Tesis Doctoral). Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. 2014.
110. Martínez-Sauquillo ME, de Vargas ER. Método de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. Método RAND/UCLA. *Rehabilitación*. 35(6) 2001: 388-92.
111. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. RAND/UCLAA ppropriateness MethodUser's Manual. Santa Monica (California): RAND, Contract No.:MR-1269. 2001.
112. Fernández de Pinedo I. NTP 15: Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1982.
113. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ*. 2015
114. Slatore CG, Hansen L, Ganzini L, Press N, Osborne ML, Chesnutt MS, et al. Communication by nurses in the intensive care unit: Qualitative analysis of domains of patient-centered care. *Am J Crit Care*. 2012
115. Martin AJ, Dowson M. Interpersonal Relationships, Motivation, Engagement, and Achievement: Yields for Theory, Current Issues, and Educational Practice. *Rev Educ Res*. 2009
116. Baumeister RF, Leary MR. The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychol Bull*. 1995
117. Algarra M. Teoría de la comunicación: una propuesta | Comunicación y Sociedad | Facultad de Comunicación | Universidad de Navarra [Internet]. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en:

https://www.unav.es/fcom/communication-society/es/resena.php?art_id=120

118. García J. La comunicación interna. [Internet]. Ediciones Díaz de Santos; 2007 [citado 11 de enero de 2019]. 385 p. Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/libros/garcia-jimenez-jesus-la-comunicacion-interna-L03003770901.html>

119. Ruiz-Moral R, Garcia de Leonardo C, Caballero Martínez F, Monge Martín D. Medical students' attitudes toward communication skills: comparison between two groups with and without training. *Advances in Medical Education and Practice*. 2019; 10:1-7

120. Ruiz R, Garcia de Leonardo C, Caballero F, Monge D Medical Students perceptions towards Communication Skills learning after two years of an Experiential Training Programme. *International J Medical Education*, 2019 (manuscript submitted ref # 1111085906)

121. Appleyard J, Botbol M, Caballero F, Ghebrehiwet T, Mezzich JE, Perez-Miranda J, Ruiz R, Salloum IM, Snaedal J, Van Leberghe W. Bases of Person Centered Medical Education to Enhance Health Systems Worldwide. *International Journal of Person Centered Medicine* 2017;7 (2):82-90 [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/637/pdf>

122. Ruiz R, Caballero F, Garcia de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina Francisco de Vitoria (Madrid). *Educ Med* 2017; 18:289-297. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-ensenar-aprender-habilidades-comunicacion-clinica-S1575181317300736>

123. Ruiz R, Perula de Torres LA, Monge D, Garcia de Leonardo C, Caballero F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters.

Pat Educ Couns 2017; 100:1694-1700.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.08>

124. Ruiz R, Álvarez S. La interfaz comunicación-ética clínica: Posibilidades para la educación médica. *Educ Med* 2017; 18:125-35 [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300098>

125. Ruiz R, Caballero F, García de Leonardo C, Monge D. Sensibilidad de los alumnos admitidos en una facultad de medicina en aspectos relacionales, organizativos y éticos de la práctica clínica. *Educ Med* 2017; 18:30-36 [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-sensibilidad-los-alumnos-admitidos-una-S1575181316300663>

126. Ruíz Moral R. Person Centered Medicine: An existential outline beyond the biopsychosocial model. *Int J Person Cent Med* 2016;6 (3):146-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v6i3.594> ISSN: 2043 7749 [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/594/594%202>

127. Ruiz-Moral R. What is Person Centered Medicine: Conceptual Review with Focus on George Engel's Perspectives. *Int J Person Cent Med* 2016;6 (2):83-90 DOI: <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v6i2.575> ISSN: 2043 7749 [Consultado 30 marzo 2017] Disponible en: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/575>

128. Ruiz-Moral R, García de Leonardo C, Caballero Martínez F. Comunicación clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (núcleo curricular) enseñar. *Educ Med* 2016;17(Supl 1): 7-13 [Consultado 8 agosto 2017] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-comunicacion-clinica-por-que-como-X1575181316539783>

129. García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Paula Dupuy L, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate

medical education. BMC Medical Education; 16:99.2006.
doi:10.1186/s12909-016-0610-8

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0610-8>

130. Ruiz Moral R, Pérula de Torres A, Pulido L, Criado M, Roldán A, Fernandez JA, Parras JM. Effectiveness of a motivational interviewing in elderly chronic patients for improving therapeutic adherence: A randomized clinical trial in primary care settings Pat Edu Couns; 98 2005: 977-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>

131. Ruiz Moral R. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículum en habilidades de comunicación médico-paciente. Educ Med 2015;16(1):57-65 [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-una-propuesta-conceptual-orientar-el-S157518131500011X>

132. Ruiz Moral R, Caballero Martínez F. Un programa para reclutar y entrenar pacientes estandarizados en el contexto de un currículum universitario de simulación clínica. FEM Fundación Educación Médica. 17 (4)2014: 199-204

133. Ruiz Moral R, Peralta L, Perula de Torres LA, Carrion MT, Olloqui J, Martínez M. Patient participation in the discussions of options in Spanish Primary Care Consultations. Health Expect 2014; 17 (5): 683-695. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2012.00793.x/pdf> [Consultado 30 julio 2017] Disponible en: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/onlineLibraryTPS.asp?DOI=10.1111/j.1369-7625.2012.00793.x&ArticleID=997809>

134. Garcia C. Consenso Iberoamericano sobre un CORE Curriculum de Competencias Comunicacionales (CCCC) para estudiantes de grado de medicina. Universidad Francisco de Vitoria; 2016.

135. Ruiz Moral R. Modelos de Comunicación Clínica. Unidad Med Fam Córdoba.

136. Granero-Moya N, Frías-Osuna A, Barrio-Cantalejo IM & Ramos-Morcillo A.J. Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 48(10) 2016: 649-656.
137. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984
138. Wikström B-M, Svidén G. Explorando la formación en habilidades de comunicación en la educación de enfermería de pregrado por medio de un plan de estudios. *Nurs Rep*. 2011;1(1):7. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2011.e7>.
139. Zhang H., Zhang W. Algunos factores que afectan la implementación del currículo de enfermería. En: Zhu R., Ma Y. (eds) *Information Engineering and Applications*. Londres: Springer; 2012. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2386-6_134.
140. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie L-G, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Diversas concepciones de competencia: un análisis de cómo los educadores en ciencias de la salud definen la competencia: Concepciones de competencia. *Med Educ*. 2012;46(4):357–65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x>.
141. Ferrández-Antón T, Ferreira-Padilla G, Del-Pino-Casado R, Ferrández-Antón P, Baleriola-Júlvez J, Martínez-Riera JR. Formación en habilidades comunicativas en programas de enfermería de grado en España. *Enfermera Educ Pract*. 2020;42(102653):102653. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102653>
142. National Association for Practical Nurse Education and Service, Inc. Estándares de práctica y competencias educativas de los graduados de programas de enfermería práctica / vocacional. *J Pract Nurs*. Verano de 2007;57(2):20–2.

143. Organización Mundial de la Salud. Estándares globales para la educación inicial de enfermeras y parteras profesionales. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf (accedido el 7 de abril de 2021).

144. Sroczynski M, Conlin G, Costello E, Crombie P, Hanley D, Tobin M, et al. Continuar con la creatividad y las conexiones: La iniciativa de Massachusetts para actualizar las Competencias Básicas de Enfermería de la Enfermera del Futuro. *Nurs Educ Perspect*. 2017;38(5):233–6. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000200>.

Capítulo 10: Anexos

10.1. Anexo 1: Resultados del acuerdo obtenido por parte de los expertos de España, Portugal y Latinoamérica

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)				
A.1. Aspectos generales de la Entrevista Clínica con pacientes	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Reconocer el valor de la entrevista clínica para la elaboración del plan de cuidados conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes.				
Resultados de aprendizaje:				
1. Describir las diferentes habilidades comunicacionales (verbales y no verbales), o de relación necesarias para la elaboración de una historia de historia de necesidades de cuidados elaborada por enfermeras.	8,01	9	2	9,46
2. Reconocer los mecanismos a través de los cuales la comunicación clínica influye en los resultados de salud (Demostrar amabilidad, empatía, interés, escucha activa, satisfacción,	8,55	9	1	1,35

autoeficacia percibida, confianza, aumento de la adherencia, empatía)				
3. Realizar una entrevista clínica personalizada integrando los contenidos propios del contexto enfermero con las habilidades de comunicación y relación.	8,7	9	0,5	1,35

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) Resultado de aprendizaje:	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
4. Establecer una relación enfermero-paciente en la que el paciente se sienta cómodo y escuchado en sus necesidades.	8,69	9	1	0
5. Percibir el lenguaje no verbal (mímica, quinésica, proxémica y tactésica) del paciente y responder de forma adecuada al contexto	8,53	9	1	1,35
6. Utilizar los registros de historia clínica (papel/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que disminuya o evite la interferencia	7,69	8	2	13,51

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) Resultado de aprendizaje:	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
7. Aplicar habilidades sociales para recibir a los pacientes que fomenten el establecimiento de una relación efectiva, (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo, sonreír...).	8,78	9	0	0
8. Aplicar habilidades sociales para despedir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (despedir cordialmente, acompañar, agradecer...)	8,72	9	0	1,35
9. Reconocer las emociones del paciente en los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado,	8,59	9	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) Resultado de aprendizaje:	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)”				
10. Responder empáticamente (explorar el origen de las emociones, entenderlas y comunicar la comprensión) a las emociones del paciente en situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.	8,55	9	1	0
11. Establecer con el paciente una relación basada en el respeto y consideración de a sus derechos, autonomía, creencias, valores e individualidad como ser humano.	8,72	9	0	2,7

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) Resultado de aprendizaje:	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
12. Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).	7,85	8	2	13,51

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería. Resultados de aprendizaje:	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
13. Reconocer las ventajas e inconvenientes de las diferentes habilidades comunicacionales (preguntas abiertas/cerradas, facilitación...) para obtener información	8,19	8,5	1	1,35
14. Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (parafrasear, facilitar el discurso, mostrar baja reactividad, captar pistas, resumir...)	8,54	9	1	0
15. Resumir al paciente la información obtenida como forma de comprobación.	8,41	9	1	4,05

16. Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se propone hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).	8,69	9	0	1,35
--	------	---	---	------

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

17. Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber para entregar la información que realmente requiere y pueda darse

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
17. Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber para entregar la información que realmente requiere y pueda darse	8,38	9	1	4,05
18. comunicar adecuadamente los riesgos y molestias al paciente, durante el cuidado de enfermería).	8,61	9	1	1,35
19. Utilizar adecuadamente ayudas para la información (escritas, gráficas...) e instrucciones que complementen la información verbal cuando sea necesario	8,51	9	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
20. Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando términos técnicos.	8,61	9	0	4,05
21. Ofrecer información al paciente de forma oportuna (circunstancia adecuada).	8,47	9	1	4,05
22. Explicar al paciente, beneficios, riesgos y resultados esperados de las intervenciones derivadas del proceso de atención de enfermería	8,72	9	0	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
23. Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas,	8,74	9	0	1,35
24. Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información	8,53	9	0	5,41
25. Transmitir la información relacionada con el cuidado enfermero, de manera adaptada al grado de tolerancia y necesidades del paciente.	8,54	9	1	1,35

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

26. Compartir, con el consentimiento del paciente, la información con terceros (colegas, familia y otros...), cuando ambos lo consideren necesario y/o si el paciente lo solicita

X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
8,26	9	1	6,76

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

	\bar{X}^*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
27. Identificar y asumir cuál debe ser su rol enfermero en el proceso de toma de decisiones del plan individualizado de cada paciente.	8,23	9	1	6,76
28. Explorar la disposición y capacidad del paciente (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) para facilitar su implicación en el proceso de cuidado	8,53	9	1	1,35

29. Alcanzar acuerdos con el paciente utilizando habilidades de negociación	8,19	9	1	8,11
30. Clarificar, cuando proceda, como y cuando deben tomarse las decisiones acordadas (abandonar hábitos tóxicos, cambio de dieta...)	8,36	9	1	2,7
31. Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión	8,14	9	1	9,46
32. Ofrecer al paciente la opción de que participen en la toma de decisiones terceras personas (colegas, familiares).	7,71	8	2	15,07

B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

B.1. Contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en el cuidado al paciente y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
33. Solicitar y valorar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.	8,29	9	1	5,56
34. Ayudar a la familia en el proceso de cuidado del paciente menor de edad o incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).	8,51	9	1	2,74
35. Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo, la necesidad de acompañar...	8,34	9	1	5,48

C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPCIÓN)

C.1. El enfermero como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y autocuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
36. Distinguir las principales fuentes de errores, relacionados con fallos en la comunicación que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente (deficiente información o evaluación de las necesidades del paciente, inadecuada comprensión...)	8,48	9	1	0
37. Reconocer los sesgos cognitivos (carencias o desactualización de conocimientos) que dificultan el desarrollo del trabajo enfermero.	8,34	9	1	5,48
38. Reconocer las emociones negativas (inseguridad, antipatía, rechazo...) que pueden dificultar el trabajo enfermero, para distanciarse de ellas y crear empatía	8,37	9	1	4,11

39. Utilizar estrategias para reducir el estrés y la sobrecarga (de relajación, grupos de reflexión, grupos Balint, supervisión y apoyo...).	8,26	9	1	10,96
40. Controlar las propias reacciones emocionales y trabajar de forma eficiente, aún en situaciones difíciles (alto grado de sufrimiento del paciente, paciente demandante...).	8,47	9	1	0
41. Desarrollar estrategias de autoconocimiento necesarios para el reconocimiento de sesgos propios, mediante el uso de técnicas específicas (preguntas reflexivas, observación con perspectiva, presencia plena (mindfulness), suspensión del juicio, actitud no prejuiciosa	8,36	9	1	2,74

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
42. Facilitar el flujo de información de las opiniones en el equipo y permitir y aceptar de buen grado que los miembros del equipo den opiniones divergentes.	8,41	9	1	5,41
43. Dar feedback a los miembros del equipo de forma apropiada (comentarios en primera persona, resaltar primero lo positivo, no juzgar).	8,47	9	1	1,35
44. Contribuir de manera efectiva a la continuidad de la atención en la referencia/derivación y retorno de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada).	8,43	9	1	1,35

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
45. Realizar presentaciones clínicas o científicas en público de forma efectiva	8,46	9	1	2,7
46. Dar instrucciones de forma clara y precisa a los miembros del equipo,	8,47	9	1	4,5
47. Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva mediante el uso de estrategias colaborativas y no jerárquicas	8,43	9	1	2,7
48. Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo.	8,64	9	0	2,7

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
49. Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud aceptando las diferencias de forma constructiva	8,61	9	1	2,7
50. Ser asertivo con el resto de los miembros del equipo.	8,61	9	1	2,7

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.1. Comunicación directa (cara a cara)	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
51. Identificar si existe discrepancia entre los componentes verbales y no verbales de la comunicación.	8,38	9	1	1,35
52. Emplear adecuadamente la proxémica (distancia física de comunicación).	8,26	9	1	6,76

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.2. Comunicación escrita	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
53. Reconocer los formatos y soportes de historia clínica y los documentos habitualmente utilizados para la comunicación escrita con pacientes y entre profesionales (informes de alta, derivación, para solicitud de pruebas...).	8,61	9	1	2,7

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)

E.1.3. Comunicación informática o electrónica Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
54. Manejar las tecnologías de la información (ofimática, mecanografía, e-mails, WhatsApp, web2. 0...) en aspectos de atención sanitaria garantizando la confidencialidad.	8,35	9	1	8,11

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)

E.1.4. Comunicación telefónica	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
55. Reconocer los usos y las limitaciones de la comunicación telefónica con pacientes.	8,2	9	1	8,11
56. Comunicar telefónicamente con pacientes atendiendo a las demandas específicas y adaptaciones comunicacionales que este medio requiere.	7,54	8	2	16,22

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)				
F.1.1. Situaciones sensibles	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
57. Reconocer situaciones delicadas que representen retos comunicacionales (del tipo de dar malas noticias, afrontar temas sobre el final de la vida, situaciones de duelo, historia sexual, violencia de género, maltrato infantil, infección VIH, explicar situaciones de incertidumbre clínica...).	8,49	9	1	5,41
58. Abordar las situaciones delicadas de manera sensible y constructiva mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir, como la empatía y la sensibilidad	8,77	9	0	0

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.2. Manejo de las emociones	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
59. Reconocer situaciones de tensión emocional en las consultas (del tipo de estrés, temor, enfado, agresividad, negación, colusión, vergüenza...).	8,58	9	1	2,7
60. Abordar las situaciones de tensión de manera sensible y constructiva mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,41	9	1	5,41

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.3. Diversidad cultural y social El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
61. Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, género, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicacionales que esto conlleva.	8,5	9	1	5,41
62. Abordar la diversidad cultural y social del paciente y familia mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,45	9	1	4,05

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.4. Promoción de la salud y modificación de conductas	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
63. Identificar la disponibilidad que tiene el paciente para la adopción de conductas saludables.”	8,43	9	1	5,41
64. Aplicar estrategias comunicacionales motivacionales y eficaces para la modificación de conductas individuales	8,43	9	1	4,05
65. Promover la implementación de conductas saludables, por medio de técnicas de comunicación individuales y grupales.”	8,43	9	1	5,41
66. Emplear técnicas de comunicación grupal para promover la salud y favorecer en la modificación de conductas saludables.	8,41	9	1	4,05

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.5. Contextos clínicos específicos

Resultados de aprendizaje

X*

Me*

RI*

% fuera de la Me*

67. Adaptar las habilidades y estrategias comunicacionales a los diferentes contextos específicos psiquiátricos, pacientes con demencia, con problemas sensoriales: auditivos, visuales, de expresión verbal)

8,62

9

1

1,35

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.6. Pacientes de diferentes edades Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
68. Adaptar las habilidades y estrategias comunicacionales a los diferentes pacientes de diferentes grupos etéreos (niños y padres, adolescentes, ancianos)	8,66	9	1	1,35

10.2. Anexo 2: Resultados del acuerdo obtenido por parte de los expertos de España

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

<p>A.1. Aspectos generales de la Entrevista Clínica con pacientes</p> <p>Reconocer el valor de la entrevista clínica para la elaboración del plan de cuidados conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes.</p> <p>Resultados de aprendizaje:</p>	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
<p>1. Describir las diferentes habilidades comunicacionales (verbales y no verbales), o de relación necesarias para la elaboración de una historia de historia de necesidades de cuidados elaborada por enfermeras.</p>	7,61	8	2	18,42
<p>2. Reconocer los mecanismos a través de los cuales la comunicación clínica influye en los resultados de salud (Demostrar amabilidad, empatía, interés, escucha activa, satisfacción, autoeficacia percibida, confianza, aumento de la adherencia, empatía)</p>	8,45	9	1	2,63

3. Realizar una entrevista clínica personalizada integrando los contenidos propios del contexto enfermero con las habilidades de comunicación y relación.	8,76	9	0,5	0
--	------	---	-----	---

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente)

Resultado de aprendizaje:

4. Establecer una relación enfermero-paciente en la que el paciente se sienta cómodo y escuchado en sus necesidades.

5. Percibir el lenguaje no verbal (mímica, quinésica, proxémica y tactésica) del paciente y responder de forma adecuada al contexto

6. Utilizar los registros de historia clínica (papel/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que disminuya o evite la interferencia

	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
4. Establecer una relación enfermero-paciente en la que el paciente se sienta cómodo y escuchado en sus necesidades.	8,63	9	1	0
5. Percibir el lenguaje no verbal (mímica, quinésica, proxémica y tactésica) del paciente y responder de forma adecuada al contexto	8,61	9	1	2,63
6. Utilizar los registros de historia clínica (papel/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que disminuya o evite la interferencia	7,82	9	2	10,53

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente)

Resultado de aprendizaje:

	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
7. Aplicar habilidades sociales para recibir a los pacientes que fomenten el establecimiento de una relación efectiva, (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo, sonreír...).	8,82	9	0	0
8. Aplicar habilidades sociales para despedir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (despedir cordialmente, acompañar, agradecer...)	8,76	9	0	0
9. Reconocer las emociones del paciente en los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado,	8,86	9	0	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) Resultado de aprendizaje:	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)”				
10. Responder empáticamente (explorar el origen de las emociones, entenderlas y comunicar la comprensión) a las emociones del paciente en situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.	8,63	9	0,5	0
11. Establecer con el paciente una relación basada en el respeto y consideración de a sus derechos, autonomía, creencias, valores e individualidad como ser humano.	8,63	9	0	5,26

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente)

Resultado de aprendizaje:

12. Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).

X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
7,74	8	2	15,79

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería.

Resultados de aprendizaje:

	\bar{X}^*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
13. Reconocer las ventajas e inconvenientes de las diferentes habilidades comunicacionales (preguntas abiertas/cerradas, facilitación...) para obtener información	8,03	8	2	2,63
14. Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (parafrasear, facilitar el discurso, mostrar baja reactividad, captar pistas, resumir...)	8,61	9	1	0
15. Resumir al paciente la información obtenida como forma de comprobación.	8,55	9	1	2,63

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería.

Resultados de aprendizaje:

16. Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se propone hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).

	χ^*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
	8,76	9	0	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

17. Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber para entregar la información que realmente requiere y pueda darse

	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
17. Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber para entregar la información que realmente requiere y pueda darse	8,55	9	1	2,63
18. comunicar adecuadamente los riesgos y molestias al paciente, durante el cuidado de enfermería).	8,61	9	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
19. Utilizar adecuadamente ayudas para la información (escritas, gráficas...) e instrucciones que complementen la información verbal cuando sea necesario	8,55	9	1	0
20. Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando términos técnicos.	8,74	9	0	2,63
21. Ofrecer información al paciente de forma oportuna (circunstancia adecuada).	8,34	9	1	7,89

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

22. Explicar al paciente, beneficios, riesgos y resultados esperados de las intervenciones derivadas del proceso de atención de enfermería

X*

Me*

RI*

% fuera de la Me*

8,66

9

0,5

0

23. Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas,

8,82

9

0

0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
24. Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información	8,37	9	0	10,53
25. Transmitir la información relacionada con el cuidado enfermero, de manera adaptada al grado de tolerancia y necesidades del paciente.	8,47	9	1	2,63

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

26. Compartir, con el consentimiento del paciente, la información con terceros (colegas, familia y otros...), cuando ambos lo consideren necesario y/o si el paciente lo solicita

X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
8,13	9	1	10,53

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

27. Identificar y asumir cuál debe ser su rol enfermero en el proceso de toma de decisiones del plan individualizado de cada paciente.

X*

Me*

RI*

% fuera de la Me*

8,08

9

1,5

7,89

28. Explorar la disposición y capacidad del paciente (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) para facilitar su implicación en el proceso de cuidado

8,47

9

1

2,63

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

29. Alcanzar acuerdos con el paciente utilizando habilidades de negociación

X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
8,24	9	1	10,53

30. Clarificar, cuando proceda, como y cuando deben tomarse las decisiones acordadas (abandonar hábitos tóxicos, cambio de dieta...)

X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
8,55	9	1	2,63

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

31. Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión

X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
8,37	9	1	7,89

32. Ofrecer al paciente la opción de que participen en la toma de decisiones terceras personas (colegas, familiares).

7,82	8,5	2	15,79
------	-----	---	-------

B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

B.1. Contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en el cuidado al paciente y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
33. Solicitar y valorar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.	8,42	9	1	5,26
34. Ayudar a la familia en el proceso de cuidado del paciente menor de edad o incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).	8,53	9	0	5,26
35. Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo, la necesidad de acompañar...	8,47	9	1	5,26

C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPCIÓN)

C.1. El enfermero como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y autocuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados) Resultados de aprendizaje	χ^*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
36. Distinguir las principales fuentes de errores, relacionados con fallos en la comunicación que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente (deficiente información o evaluación de las necesidades del paciente, inadecuada comprensión...)	8,47	9	1	0
37. Reconocer los sesgos cognitivos (carencias o desactualización de conocimientos) que dificultan el desarrollo del trabajo enfermero.	8,13	9	1	7,89
38. Reconocer las emociones negativas (inseguridad, antipatía, rechazo...) que pueden dificultar el trabajo enfermero, para distanciarse de ellas y crear empatía	8,45	9	1	2,63

C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPCIÓN)

C.1. El enfermero como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y autocuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
39. Utilizar estrategias para reducir el estrés y la sobrecarga (de relajación, grupos de reflexión, grupos Balint, supervisión y apoyo...).	8,13	9	1	15,79
40. Controlar las propias reacciones emocionales y trabajar de forma eficiente, aún en situaciones difíciles (alto grado de sufrimiento del paciente, paciente demandante...).	8,55	9	1	0
41. Desarrollar estrategias de autoconocimiento necesarios para el reconocimiento de sesgos propios, mediante el uso de técnicas específicas (preguntas reflexivas, observación con perspectiva, presencia plena (mindfulness), suspensión del juicio, actitud no prejuiciosa	8,32	9	1	5,26

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
42. Facilitar el flujo de información de las opiniones en el equipo y permitir y aceptar de buen grado que los miembros del equipo den opiniones divergentes.	8,66	9	1	0
43. Dar feedback a los miembros del equipo de forma apropiada (comentarios en primera persona, resaltar primero lo positivo, no juzgar).	8,47	9	1	0
44. Contribuir de manera efectiva a la continuidad de la atención en la referencia/derivación y retorno de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada).	8,39	9	1	2,63

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
45. Realizar presentaciones clínicas o científicas en público de forma efectiva	8,47	9	1	2,63
46. Dar instrucciones de forma clara y precisa a los miembros del equipo,	8,39	9	1	5,26
47. Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva mediante el uso de estrategias colaborativas y no jerárquicas	8,39	9	1	5,26
48. Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo.	8,74	9	0	2,63

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
49. Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud aceptando las diferencias de forma constructiva	8,71	9	0	0
50. Ser asertivo con el resto de los miembros del equipo.	8,82	9	0	0

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.1. Comunicación directa (cara a cara)	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
51. Identificar si existe discrepancia entre los componentes verbales y no verbales de la comunicación.	8,37	9	1	0
52. Emplear adecuadamente la proxémica (distancia física de comunicación).	8,24	8,5	1	5,26

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)

E.1.2. Comunicación escrita

Resultados de aprendizaje

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
53. Reconocer los formatos y soportes de historia clínica y los documentos habitualmente utilizados para la comunicación escrita con pacientes y entre profesionales (informes de alta, derivación, para solicitud de pruebas...).	8,55	9	1	5,26

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.3. Comunicación informática o electrónica	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
54. Manejar las tecnologías de la información (ofimática, mecanografía, e-mails, WhatsApp, web2. 0...) en aspectos de atención sanitaria garantizando la confidencialidad.	8,37	9	1	7,89

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)

E.1.4. Comunicación telefónica	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
55. Reconocer los usos y las limitaciones de la comunicación telefónica con pacientes.	8,34	9	1	7,89
56. Comunicar telefónicamente con pacientes atendiendo a las demandas específicas y adaptaciones comunicacionales que este medio requiere.	7,63	8	2	15,79

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)				
F.1.1. Situaciones sensibles	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
57. Reconocer situaciones delicadas que representen retos comunicacionales (del tipo de dar malas noticias, afrontar temas sobre el final de la vida, situaciones de duelo, historia sexual, violencia de género, maltrato infantil, infección VIH, explicar situaciones de incertidumbre clínica...).	8,71	9	0	2,63
58. Abordar las situaciones delicadas de manera sensible y constructiva mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir, como la empatía y la sensibilidad	8,89	9	0	0

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.2. Manejo de las emociones	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
59. Reconocer situaciones de tensión emocional en las consultas (del tipo de estrés, temor, enfado, agresividad, negación, colusión, vergüenza...).	8,561	9	1	2,63
60. Abordar las situaciones de tensión de manera sensible y constructiva mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,47	9	1	2,63

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.3. Diversidad cultural y social El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
61. Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, género, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicacionales que esto conlleva.	8,47	9	1	5,426
62. Abordar la diversidad cultural y social del paciente y familia mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,47	9	1	5,26

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.4. Promoción de la salud y modificación de conductas	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
63. Identificar la disponibilidad que tiene el paciente para la adopción de conductas saludables."	8,37	9	1	7,89
64. Aplicar estrategias comunicacionales motivacionales y eficaces para la modificación de conductas individuales	8,53	9	1	2,63
65. Promover la implementación de conductas saludables, por medio de técnicas de comunicación individuales y grupales."	8,42	9	1	5,26
66. Emplear técnicas de comunicación grupal para promover la salud y favorecer en la modificación de conductas saludables.	8,37	9	1	5,26

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.5. Contextos clínicos específicos Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
67. Adaptar las habilidades y estrategias comunicacionales a los diferentes contextos específicos psiquiátricos, pacientes con demencia, con problemas sensoriales: auditivos, visuales, de expresión verbal)	8,71	9	1	0

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.6. Pacientes de diferentes edades

Resultados de aprendizaje

X*

Me*

RI*

% fuera de la Me*

68. Adaptar las habilidades y estrategias comunicacionales a los diferentes pacientes de diferentes grupos etéreos (niños y padres, adolescentes, ancianos)

8,66

9

0,5

2,63

10.3. Anexo 3: Resultados del acuerdo obtenido por parte de los expertos de Portugal y Latinoamérica

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)				
A.1. Aspectos generales de la Entrevista Clínica con pacientes	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
<p>Reconocer el valor de la entrevista clínica para la elaboración del plan de cuidados conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes.</p> <p>Resultados de aprendizaje:</p>				
<p>1. Describir las diferentes habilidades comunicacionales (verbales y no verbales), o de relación necesarias para la elaboración de una historia de historia de necesidades de cuidados elaborada por enfermeras.</p>	8,44	9	1	0
<p>2. Reconocer los mecanismos a través de los cuales la comunicación clínica influye en los resultados de salud (Demostrar amabilidad, empatía, interés, escucha activa, satisfacción, autoeficacia percibida, confianza, aumento de la adherencia, empatía)</p>	8,67	9	1	0

3. Realizar una entrevista clínica personalizada integrando los contenidos propios del contexto enfermero con las habilidades de comunicación y relación.	8,64	9	0,5	2,78
--	------	---	-----	------

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente)

Resultado de aprendizaje:

4. Establecer una relación enfermero-paciente en la que el paciente se sienta cómodo y escuchado en sus necesidades.

5. Percibir el lenguaje no verbal (mímica, quinésica, proxémica y tactésica) del paciente y responder de forma adecuada al contexto

6. Utilizar los registros de historia clínica (papel/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que disminuya o evite la interferencia

	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
4. Establecer una relación enfermero-paciente en la que el paciente se sienta cómodo y escuchado en sus necesidades.	8,75	9	0,5	0
5. Percibir el lenguaje no verbal (mímica, quinésica, proxémica y tactésica) del paciente y responder de forma adecuada al contexto	8,44	9	1	0
6. Utilizar los registros de historia clínica (papel/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que disminuya o evite la interferencia	7,56	8	2	16,67

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente)

Resultado de aprendizaje:

7. Aplicar habilidades sociales para recibir a los pacientes que fomenten el establecimiento de una relación efectiva, (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo, sonreír...).

8. Aplicar habilidades sociales para despedir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (despedir cordialmente, acompañar, agradecer...)

9. Reconocer las emociones del paciente en los diferentes contextos situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado,

X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
8,75	9	0	0
8,67	9	0,5	2,78
8,31	8,5	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) Resultado de aprendizaje:	X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)”				
10. Responder empáticamente (explorar el origen de las emociones, entenderlas y comunicar la comprensión) a las emociones del paciente en situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.	8,47	9	1	0
11. Establecer con el paciente una relación basada en el respeto y consideración de a sus derechos, autonomía, creencias, valores e individualidad como ser humano.	8,81	9	0	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente)

Resultado de aprendizaje:

12. Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).

X*	Me*	Rl*	% fuera de la Me*
7,97	8	2	11,11

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería.

Resultados de aprendizaje:

	\bar{X}^*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
13. Reconocer las ventajas e inconvenientes de las diferentes habilidades comunicacionales (preguntas abiertas/cerradas, facilitación...) para obtener información	8,36	9	1	0
14. Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (parafrasear, facilitar el discurso, mostrar baja reactividad, captar pistas, resumir...)	8,47	9	1	0
15. Resumir al paciente la información obtenida como forma de comprobación.	8,25	9	1	5,56

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el desarrollo adecuado del trabajo de enfermería.

Resultados de aprendizaje:

16. Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se propone hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).

	χ^*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
	8,61	9	0,5	2,78

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
17. Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber para entregar la información que realmente requiere y pueda darse	8,19	9	1	5,56
18. comunicar adecuadamente los riesgos y molestias al paciente, durante el cuidado de enfermería).	8,61	9	0,5	2,78

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
19. Utilizar adecuadamente ayudas para la información (escritas, gráficas...) e instrucciones que complementen la información verbal cuando sea necesario	8,47	9	1	0
20. Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando términos técnicos.	8,47	9	1	5,56
21. Ofrecer información al paciente de forma oportuna (circunstancia adecuada).	8,61	9	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

22. Explicar al paciente, beneficios, riesgos y resultados esperados de las intervenciones derivadas del proceso de atención de enfermería

X*

Me*

RI*

% fuera de la Me*

8,78

9

0

0

23. Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas,

8,67

9

0

2,78

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
24. Remitir al paciente al profesional más adecuado cuando se exceda el nivel de competencia de la enfermera en los requerimientos de información	8,69	9	0,5	0
25. Transmitir la información relacionada con el cuidado enfermero, de manera adaptada al grado de tolerancia y necesidades del paciente.	8,61	9	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para entender, aceptar, implementar el plan de cuidados)

Resultados de aprendizaje

26. Compartir, con el consentimiento del paciente, la información con terceros (colegas, familia y otros...), cuando ambos lo consideren necesario y/o si el paciente lo solicita

X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
8,39	9	1	2,78

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

27. Identificar y asumir cuál debe ser su rol enfermero en el proceso de toma de decisiones del plan individualizado de cada paciente.

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
	8,39	9	1	5,56
28. Explorar la disposición y capacidad del paciente (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) para facilitar su implicación en el proceso de cuidado	8,58	9	1	0

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

29. Alcanzar acuerdos con el paciente utilizando habilidades de negociación

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
29. Alcanzar acuerdos con el paciente utilizando habilidades de negociación	8,14	9	1	5,56
30. Clarificar, cuando proceda, como y cuando deben tomarse las decisiones acordadas (abandonar hábitos tóxicos, cambio de dieta...)	8,17	8	1,5	2,78

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes

Resultados de aprendizaje:

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado para el plan de cuidados (Promover la participación del paciente, tomando en consideración sus capacidades para el desarrollo y aplicación del plan de cuidados propuesto.

Resultados de aprendizaje

31. Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión

	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
31. Compartir con el paciente el abanico de las posibles consecuencias de una decisión	7,89	8	1,5	11,11
32. Ofrecer al paciente la opción de que participen en la toma de decisiones terceras personas (colegas, familiares).	7,6	8	2	14,29

B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

B.1. Contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en el cuidado al paciente y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
33. Solicitar y valorar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.	8,15	8	1	5,88
34. Ayudar a la familia en el proceso de cuidado del paciente menor de edad o incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).	8,49	9	1	0
35. Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo, la necesidad de acompañar...	8,2	9	1	5,71

C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPCIÓN)

C.1. El enfermero como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y autocuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados) Resultados de aprendizaje	χ^*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
36. Distinguir las principales fuentes de errores, relacionados con fallos en la comunicación que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente (deficiente información o evaluación de las necesidades del paciente, inadecuada comprensión...)	8,49	9	1	0
37. Reconocer los sesgos cognitivos (carencias o desactualización de conocimientos) que dificultan el desarrollo del trabajo enfermero.	8,57	9	1	2,86
38. Reconocer las emociones negativas (inseguridad, antipatía, rechazo...) que pueden dificultar el trabajo enfermero, para distanciarse de ellas y crear empatía	8,29	9	1	5,71

39. Utilizar estrategias para reducir el estrés y la sobrecarga (de relajación, grupos de reflexión, grupos Balint, supervisión y apoyo...).	8,4	9	1	5,71
40. Controlar las propias reacciones emocionales y trabajar de forma eficiente, aún en situaciones difíciles (alto grado de sufrimiento del paciente, paciente demandante...).	8,37	8	1	0
41. Desarrollar estrategias de autoconocimiento necesarios para el reconocimiento de sesgos propios, mediante el uso de técnicas específicas (preguntas reflexivas, observación con perspectiva, presencia plena (mindfulness), suspensión del juicio, actitud no prejuiciosa	8,4	9	1	0

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL

D.1. El contexto profesional del enfermero: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
42. Facilitar el flujo de información de las opiniones en el equipo y permitir y aceptar de buen grado que los miembros del equipo den opiniones divergentes.	8,14	9	1	11,11
43. Dar feedback a los miembros del equipo de forma apropiada (comentarios en primera persona, resaltar primero lo positivo, no juzgar).	8,47	9	1	2,78
44. Contribuir de manera efectiva a la continuidad de la atención en la referencia/derivación y retorno de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada).	8,47	9	1	0

45. Realizar presentaciones clínicas o científicas en público de forma efectiva	8,44	9	1	2,78
46. Dar instrucciones de forma clara y precisa a los miembros del equipo,	8,56	9	1	2,78
47. Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva mediante el uso de estrategias colaborativas y no jerárquicas	8,47	9	1	0
48. Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo.	8,53	9	1	2,78
49. Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud aceptando las diferencias de forma constructiva	8,5	9	1	5,56
50. Ser asertivo con el resto de los miembros del equipo.	8,39	9	1	5,56

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.1. Comunicación directa (cara a cara)	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
51. Identificar si existe discrepancia entre los componentes verbales y no verbales de la comunicación.	8,39	9	1	2,78
52. Emplear adecuadamente la proxémica (distancia física de comunicación).	8,28	9	1	8,33

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)

E.1.2. Comunicación escrita Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
53. Reconocer los formatos y soportes de historia clínica y los documentos habitualmente utilizados para la comunicación escrita con pacientes y entre profesionales (informes de alta, derivación, para solicitud de pruebas...).	8,67	9	1	0

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.3. Comunicación informática o electrónica	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
54. Manejar las tecnologías de la información (ofimática, mecanografía, e-mails, WhatsApp, web2. 0...) en aspectos de atención sanitaria garantizando la confidencialidad.	8,33	9	1	8,33

E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS

E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)				
E.1.4. Comunicación telefónica	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
55. Reconocer los usos y las limitaciones de la comunicación telefónica con pacientes.	8,06	8,5	2	8,33
56. Comunicar telefónicamente con pacientes atendiendo a las demandas específicas y adaptaciones comunicacionales que este medio requiere.	7,44	7,5	2	16.67

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)				
F.1.1. Situaciones sensibles	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
57. Reconocer situaciones delicadas que representen retos comunicacionales (del tipo de dar malas noticias, afrontar temas sobre el final de la vida, situaciones de duelo, historia sexual, violencia de género, maltrato infantil, infección VIH, explicar situaciones de incertidumbre clínica...).	8,25	9	1	8.33
58. Abordar las situaciones delicadas de manera sensible y constructiva mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir, como la empatía y la sensibilidad	8,64	9	1	0

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.2. Manejo de las emociones	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
59. Reconocer situaciones de tensión emocional en las consultas (del tipo de estrés, temor, enfado, agresividad, negación, colusión, vergüenza...).	8,56	9	1	2,78
60. Abordar las situaciones de tensión de manera sensible y constructiva mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,33	9	1	8,33

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.3. Diversidad cultural y social	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
El estudiante será capaz de...				
61. Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, género, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicacionales que esto conlleva.	8,53	9	1	5,56
62. Abordar la diversidad cultural y social del paciente y familia mediante la aplicación de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,42	9	1	2,78

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.4. Promoción de la salud y modificación de conductas	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
Resultados de aprendizaje				
63. Identificar la disponibilidad que tiene el paciente para la adopción de conductas saludables.”	8,5	9	1	2,78
64. Aplicar estrategias comunicacionales motivacionales y eficaces para la modificación de conductas individuales	8,33	9	1	5,56
65. Promover la implementación de conductas saludables, por medio de técnicas de comunicación individuales y grupales.”	8,44	9	1	5,56
66. Emplear técnicas de comunicación grupal para promover la salud y favorecer en la modificación de conductas saludables.	8,44	9	1	2,78

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.5. Contextos clínicos específicos	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*

Resultados de aprendizaje				
67. Adaptar las habilidades y estrategias comunicacionales a los diferentes contextos específicos psiquiátricos, pacientes con demencia, con problemas sensoriales: auditivos, visuales, de expresión verbal)	8,53	9	1	2,78

F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)

F.1.6. Pacientes de diferentes edades Resultados de aprendizaje	X*	Me*	RI*	% fuera de la Me*
68. Adaptar las habilidades y estrategias comunicacionales a los diferentes pacientes de diferentes grupos etéreos (niños y padres, adolescentes, ancianos)	8,67	9	1	0

